



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediatria**

Relatório de Estágio

**Cuidados não traumáticos em contexto pediátrico: a
intervenção de enfermagem na gestão dos medos
associados aos procedimentos dolorosos**

Ana Rita Esteves Figueiredo

Lisboa

2020



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediatria**

Relatório de Estágio

**Cuidados não traumáticos em contexto pediátrico: a
intervenção de enfermagem na gestão dos medos
associados aos procedimentos dolorosos**

Ana Rita Esteves Figueiredo



Orientador: Professora Doutora Paula Manuela Jorge Diogo



Lisboa

2020

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo entusiasmo, apoio incondicional e tolerância para com as minhas ausências.

À professora Paula Diogo pela partilha do seu conhecimento, pela sua paixão contagiante pela enfermagem e pela disponibilidade constante.

A todos os enfermeiros que fizeram parte deste percurso pela partilha do seu conhecimento.

Às minhas colegas de trabalho pela compreensão e ajuda. Em especial à Sr^a Enfermeira Chefe Margarida Bonança por me lembrar que tudo tem uma solução.

Ao Artur por me deixar sonhar e me fazer acreditar que não existem impossíveis. Por estar sempre presente e iluminar o meu caminho.

À Sandra por me acompanhar nesta viagem, e me permitir viver esta experiência emocionalmente intensa ao seu lado, por me ouvir nas horas difíceis e pelo exemplo de superação e resiliência.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CPAP - *Continous Positive Airway Pressure*

CRPC - Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral

DGS- Direção Geral de Saúde

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

IAC – Instituto de Apoio à Criança

NIPi - Núcleo de Intervenção Precoce na Infância

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RN - Recém-Nascido

TEEP – Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF – Unidade de Saúde Familiar

UMAD – Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

UTAAC - Unidade de Técnicas Aumentativas e Alternativas da Comunicação

RESUMO

Ao longo do processo de crescimento e desenvolvimento, a criança e família, contactam com os cuidados de saúde, vivenciando processos emocionalmente intensos. Estas experiências representam, muitas vezes, momentos de sofrimento emocional e, por esse motivo, o ato de cuidar em enfermagem não pode ser indiferente às emoções das crianças e famílias sendo o enfermeiro um gestor emocional (Watson, 2002; Diogo, 2015, 2019).

No que diz respeito à experiência emocional das crianças, relacionada com a realização de procedimentos dolorosos, sabemos que a emoção “medo” está presente em todas as faixas etárias sendo transversal a todos os contextos da prestação de cuidados. A evidência científica demonstra que caso o medo não seja superado ou transformado positivamente (resignificar a experiência emocional) poderá ter consequências futuras, podendo, em casos mais graves, evoluir para uma psicopatologia (Diogo *et al.*, 2016). Assim, no sentido de responder à problemática identificada, foi definido como objeto de estudo a intervenção de enfermagem na gestão dos medos da criança relacionados com a realização de procedimentos dolorosos.

Este relatório tem como objetivo refletir sobre a experiência formativa que visou o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, tendo como pilar a temática da gestão dos medos da criança relacionados com a realização de procedimentos dolorosos.

Este percurso teve por base uma metodologia reflexiva que foi essencial para a transformação do conhecimento alicerçado em conceções teorias norteadoras, como a Teoria do Cuidar Humano de Jean Watson e o Modelo do Trabalho emocional em Enfermagem Pediátrica de Paula Diogo.

As intervenções autónomas de enfermagem na gestão dos medos da criança, relacionados com a realização de procedimentos dolorosos, são essenciais para a prestação de cuidados não traumáticos, permitindo a prestação de cuidados centrados na família e emocionalmente sensíveis.

Palavras-chave: Enfermagem, Criança, Família, Gestão dos medos, Procedimentos dolorosos, Cuidados não traumáticos.

ABSTRACT

Throughout the process of growth and development, the child and family are in contact with health care, experiencing emotionally intense processes. These experiences often represent moments of emotional suffering and, for this reason the act of caring in nursing can not be indifferent to the emotions of children and families, with nurses being an emotional manager (Watson, 2002; Diogo, 2015, 2019).

Regarding the children's emotional experience, related to the performance of painful procedures, we know that the emotion "fear" is present in all age groups and is transversal to all contexts of care. Scientific evidence shows that if fear is not overcome or transformed positively (reframing the emotional experience), it may have future consequences and may, in more severe cases, evolve into psychopathology (Diogo et al., 2016). Thus, in order to respond to the identified problem, nursing intervention in the management of children's fears related to the performance of painful procedures was defined as the object of study.

This report aims to reflect on the training experience that aimed at developing the skills of a specialist nurse in child and pediatric health nursing, having as a pillar the theme of the management of children's fears related to the performance of painful procedures.

This path was based on a reflective methodology that was essential for the transformation of knowledge based on guiding theories and conceptions, such as Jean Watson's Theory of Human Caring and Paula Diogo's Model of Emotional Work in Pediatric Nursing.

Autonomous nursing interventions in the management of children's fears, related to the performance of painful procedures, are essential for the provision of non-traumatic care, allowing the provision of family-centered and emotionally sensitive care.

Keywords: Nursing, Child, Family, Fear management, Painful procedures, Non-traumatic care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
1.1. Cuidar em enfermagem pediátrica na atualidade: os cuidados não traumáticos	13
1.2. Experiência de medo da criança face aos procedimentos dolorosos..	18
1.3. Gestão do medo enquanto intervenção de enfermagem	20
2. PROBLEMÁTICA.....	27
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	27
4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO: DOS OBJETIVOS PROPOSTOS AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	30
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de atividades de estágio

Apêndice II – Descrição dos contextos de estágio

Apêndice III - Guia Orientador das Atividades de Estágio

Apêndice IV – Livro de comunicação alternativa e aumentativa

Apêndice V – Norma interna sobre a utilização do livro de comunicação alternativa e aumentativa

Apêndice VI – Folheto - Vacinas sem medo encontre aqui o segredo

Apêndice VII – Poster: Aplicabilidade do modelo TEEP ao contexto de internamento de pediatria

Apêndice VIII - Sessão de formação sobre o Modelo TEEP – Estratégias de gestão do medo das crianças associado aos procedimentos dolorosos

Apêndice IX - Questionário de avaliação pós sessão

Apêndice X – Poster: Aplicabilidade do modelo TEEP ao contexto de urgência de pediatria

Apêndice XI – Kit sem medo

Apêndice XII – Sessão de formação sobre o Modelo TEEP – Estratégias de gestão do medo das crianças associado aos procedimentos dolorosos

Apêndice XIII – Poster: categorias de intervenção do medo TEEP aplicado ao contexto de consulta externa de pediatria

Apêndice XIV – Livro – Panda com dói-dói mas sem medo

Apêndice XV – Grelha de observação de cuidados

Apêndice XVI – Análise reflexiva dos dados observados e registados em contexto da USF

Apêndice XVII – Entrevista a uma enfermeira perita

Apêndice XVIII – Análise reflexiva da prática em contexto de internamento de pediatria

Apêndice XIX – Questionário – Gestão do medo relacionado com os procedimentos dolorosos

Apêndice XX - Reflexão sobre situação de cuidados na Urgência de Pediatria

Apêndice XXI - Sessão de formação: Escala de Mary Sheridan Modificada

Apêndice XXII - Carta explicativa relacionada com a integração da escala Mary Sheridan Modificada no sistema de registos de enfermagem da consulta externa de pediatria

Apêndice XXIII - Reflexão sobre situação de cuidados – UMAD

ANEXOS

Anexo I – Certificado de participação no 6º Workshop Emoções em Saúde – Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: da conceção à prática

Anexo II – Certificado de participação no seminário do 13º curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediatria: As novas concepção em saúde infantil e pediátrica

Anexo III – Certificado de participação nas 2.^{as} Jornadas Emoções em Saúde com a obtenção do 1º prémio do concurso de posters, certificado de frequência do Workshop Gestão das emoções na prática de enfermagem

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, integrada no 10.º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ministrado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A sua **finalidade** é espelhar o percurso formativo desenvolvido em seis contextos de cuidados de saúde pediátricos, através do qual procurou-se o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados à criança e família. Pretende-se também, refletir sobre uma problemática sensível aos cuidados de enfermagem pediátricos, nomeadamente, a gestão do medo relacionado com a realização de procedimentos dolorosos, almejando assim, a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e do título de Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Ao Enfermeiro Especialista é reconhecida a “(...) competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744). Uma das áreas de especialidade é referente ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP) que desenvolve um trabalho em “parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível” (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho, p.19192).

A **problemática** em estudo surge de uma necessidade, por mim identificada, de planear intervenções diferenciadas, de modo a gerir o medo sentido e expresso pela criança ou jovem, relacionado com a realização de procedimentos dolorosos. Esta é uma problemática transversal a todos os contextos da prática de cuidados e, desde cedo, foi para mim uma preocupação e um desafio.

A profissão de enfermagem tem por base não só os saberes teóricos, mas também competências afetivas, sendo o processo de cuidar um processo relacional (Diogo, 2015). Assim, para gerir o medo experienciado pela criança, relacionado com a realização de um procedimento doloroso, importa atender à dimensão emocional. Jean Watson (2012) reitera que o processo de Cuidar

não pode ser indiferente às emoções humanas, uma vez que este envolve a comunicação e expressão de sentimentos, tendo como objetivo promover a existência de um equilíbrio entre as componentes relacional e emocional. Assim, como concepção dominante deste relatório de estágio, será mobilizada a Teoria do Cuidar de Jean Watson.

O Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica, desenvolvido por Diogo (2015, 2019), será também mobilizado no presente relatório, uma vez que fornece orientações conceituais, e práticas, que permitem orientar as intervenções de enfermagem relacionadas com a gestão das emoções associadas aos cuidados de saúde.

As emoções são um fenómeno estudado desde a antiguidade clássica que se tem vindo a revelar inerente à condição humana e imprescindível para o seu relacionamento interpessoal. Em enfermagem pediátrica, mobilizar as emoções como instrumento terapêutico significa utilizá-las de forma intencional para atingir determinado fim terapêutico, benéfico para a criança e família e que seja promotor do seu bem-estar (Diogo, 2015). Contudo, na atualidade ainda se verifica, nos contextos da prática, que a gestão emocional enquanto intervenção, nem sempre é objeto de reflexão por parte dos enfermeiros, não existindo uma sustentação da prática em evidência científica (Diogo, 2017).

No contexto de Pediatria, a necessidade de cuidados de saúde, seja no âmbito hospitalar seja em ambulatório, representa muitas vezes um momento emocionalmente intenso para a criança e para a sua família. Assim, é importante que os enfermeiros estejam conscientes da importância da dimensão emocional do cuidar durante a sua intervenção. Atender à gestão emocional é uma forma de promover a prestação de cuidados não traumáticos, que traduz um importante pilar da filosofia de cuidados pediátricos (Hockenberry & Barrera, 2014).

O presente relatório assenta no **paradigma de enfermagem da transformação**, uma vez que a gestão das emoções, enquanto intervenção de enfermagem, é uma dimensão do processo de cuidar que permite modificar, resignificar e transformar positivamente as vivências das crianças, e famílias, durante o processo de cuidar. No paradigma da transformação, os conceitos de holismo e cuidar encontram-se em evidência, sendo que os aspetos emocionais, intrínsecos à prática de enfermagem, estão relacionados com os

clientes, ou seja, a criança e família (Kérrouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major, 2002).

A **metodologia** utilizada para a elaboração deste relatório de estágio consiste na reflexão sobre a prática, sendo que Kolb (1984) defende que o conhecimento é construído através da transformação da experiência e é continuamente criado e recriado.

O presente relatório tem como estrutura um primeiro capítulo de enquadramento conceptual o qual é composto por três subcapítulos, nomeadamente: os cuidados não traumáticos em enfermagem pediátrica, a experiência de medo da criança face aos procedimentos dolorosos e por fim a gestão do medo enquanto intervenção de enfermagem. O segundo capítulo é referente ao problema e objeto de estudo, seguindo-se um capítulo relacionado com as questões metodológicas. O quarto capítulo pretende descrever e analisar o percurso formativo e a aquisição de competências de EEESIP. Este é composto por subcapítulos referentes a objetivos transversais, atividades transversais e atividades específicas, sendo que este possui subcapítulos referentes aos seis contextos de estágio ordenados por ordem de realização de estágio. O primeiro local foi a Unidade de Saúde Familiar, seguindo-se a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Internamento de Pediatria de Infeciologia, Gastroenterologia e Nefrologia, Serviço de Urgência de Pediatria, Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral e por fim Consulta Externa de Pediatria. E por fim um quinto capítulo de conclusão no qual será realizado um balanço deste percurso formativo e elencados os projetos futuros. Serão também mencionadas as referências bibliográficas que foram elaboradas de acordo com as normas APA.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O ato de Cuidar em enfermagem requer a articulação do conhecimento científico de componente técnica e humana, pois, segundo Watson (2012), o cuidar não pode ser indiferente às emoções humanas.

O presente capítulo tem como finalidade explicar a fundamentação teórica norteadora das atividades desenvolvidas que, durante a experiência de estágio, culminaram no desenvolvimento de competências como EEESIP. O enquadramento teórico versa sobre o cuidar em enfermagem pediátrica na atualidade, nomeadamente os cuidados não traumáticos. Seguidamente será abordada a experiência de medo da criança, relacionada com a realização de procedimentos dolorosos, e por fim será explicitada a gestão do medo enquanto intervenção de enfermagem.

1.1. Cuidar em enfermagem pediátrica na atualidade: os cuidados não traumáticos

O conceito de cuidar tem vindo a ser definido desde o século XIX por Florence Nightingale, e posteriormente por inúmeros autores ao longo das décadas, sendo um conceito central da profissão e disciplina de enfermagem.

O Cuidar é entendido, pela teórica de enfermagem Jean Watson (2002), como sendo o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana (Watson, 2002). Este conceito pode ser entendido como sendo o “ (...) cerne da enfermagem. É aquilo que caracteriza a disciplina e que exige o desenvolvimento do saber próprio” (Basto, 2009, p. 12).

Cuidar em enfermagem pediátrica é um processo que implica comunicação envolvendo três agentes, nomeadamente, o enfermeiro e o cliente pediátrico, que é definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011), como sendo um binómio indissociável composto pela criança ou jovem, e a sua família. A família é entendida como “ (...) o conjunto de indivíduos que possui a responsabilidade de prestar cuidados à criança/jovem, exercendo uma forte influência no seu crescimento e desenvolvimento” (OE, 2011, p.4). Importa também clarificar que se entende como criança todos os indivíduos com menos

de 18 anos, podendo este limite, em casos específicos como de doença crónica ou a incapacidade, estender-se até aos 21 anos ou até que a transição para a vida adulta esteja assegurada (OE, 2011).

O cuidar em pediatria reveste-se de especificidades existindo regulamentos próprios que orientam as práticas dos enfermeiros especialistas desta área do cuidar. De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros, definidos pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2011), o enfermeiro especialista, na sua ação, adequa os **conceitos metaparadigmáticos** de Enfermagem de forma a dar resposta a esta área especializada do cuidar.

O conceito de **pessoa** é definido como criança, jovem e família, sendo este binómio o alvo dos cuidados de enfermagem. O conceito de **saúde** engloba as transições relacionadas com o crescimento e desenvolvimento infantil. O conceito de **ambiente** integra vários fatores que podem influenciar o desenvolvimento da criança, sendo que, durante a prestação de cuidados, os enfermeiros devem atender aos fatores protetores e *stressores* associados aos cuidados de saúde. Por fim, o conceito de **cuidados de enfermagem** engloba os últimos três conceitos supracitados através de “ (...) intervenções ao nível dos seguintes domínios de actuação: envolvimento; participação e parceria de cuidados; capacitação; negociação de cuidados” (OE, 2011, p.5).

Assim, cuidar é um processo relacional que, na área da pediatria, envolve emoções humanas que implicam a existência de um trabalho emocional (Smith, 1992, 2012; Diogo, 2015, 2017). Este trabalho emocional requer a existência de intervenções direcionadas aos clientes que facilitem a gestão das suas emoções.

Watson (2012) refere, na sua teoria do Cuidar, que a mente e as emoções são como uma janela que permite aceder à alma dos indivíduos e que a relação estabelecida transcende muitas vezes o mundo físico e material. Para esta teórica a profissão de enfermagem é baseada na arte do cuidar, sendo definida como uma arte, ciência humana e como um ideal moral da enfermagem.

Assim, Watson (2012) defende o conceito de cuidar transpessoal, entendendo que este é promotor da libertação de energia e que possibilita

obter um equilíbrio entre a mente, corpo e alma. Desta forma, a expressão de sentimentos é entendida como um meio de autorregulação (Watson, 2012).

Watson (2002, 2005), na sua teoria do cuidar humano, evidencia que os enfermeiros se envolvem ao nível pessoal, social, moral e espiritual durante a prestação de cuidados. Existe, segundo a autora, uma partilha de emoções, sendo que os enfermeiros são sensíveis às emoções vividas pelos clientes, prestando cuidados centrados na pessoa com foco nas necessidades físicas e emocionais. Contudo, para que os enfermeiros possam gerir as emoções dos clientes, devem primeiramente gerir as suas próprias emoções através da regulação da disposição emocional para cuidar (Diogo, 2019).

De modo a prestar cuidados emocionalmente sensíveis, os enfermeiros podem basear a sua prática no modelo do trabalho emocional em enfermagem pediátrica (Diogo, 2015, 2019), do qual fazem parte cinco categorias de intervenção. Este modelo, orientador da prática, demonstra que devem ser mobilizadas intervenções como a promoção de um ambiente seguro e afetuoso assim como nutrir os cuidados com afeto e, por fim, na relação enfermeiro / cliente, devem intervir no sentido de construir a estabilidade na relação (Diogo, 2019).

O trabalho emocional permite gerir emoções como o medo, sentido pela criança. Esta gestão é feita através da parceria com a família e assenta no pilar dos cuidados centrados na família, no qual “(...) além de cuidar da pessoa, também reconhece a sua família como unidade de cuidado” (Pinto, Ribeiro, Pettengill, & Balieiro, 2010, p. 134). Para além deste pilar fundamental, a gestão do medo assenta também na filosofia da prestação de cuidados não traumáticos.

A Carta da Criança Hospitalizada refere que “as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (Instituto de Apoio à Criança - IAC, 2009 p.16). Esta é uma premissa que se relaciona inteiramente com a filosofia dos cuidados não traumáticos e reforça a importância do estudo da temática da gestão emocional, nomeadamente, a gestão da emoção do medo, sentido pela criança, relacionado com a realização de procedimentos dolorosos.

As crianças durante o seu processo de crescimento e desenvolvimento possuem uma vulnerabilidade acrescida, existindo a necessidade de recorrer

aos cuidados de saúde, seja no âmbito hospitalar seja ao nível dos cuidados de saúde primários.

Procedimentos dolorosos, como a vacinação, são vivenciados pela criança e família durante os primeiros meses de vida de forma frequente e, caso exista o desenvolvimento de uma patologia, podem experienciar um ou vários processos de hospitalização. Estas vivências são exemplos de processos que representam momentos emocionalmente intensos.

Assim, é essencial que os enfermeiros estejam conscientes da importância da dimensão emocional do cuidar durante a sua intervenção, planeando intervenções autónomas de enfermagem de modo a gerir as emoções dos clientes de forma intencional e terapêutica.

O conceito de trabalho emocional, ou em inglês *emotional labour*, foi estudado por Hochschild (1983), sendo entendido como a capacidade do indivíduo para realizar a gestão das suas emoções de acordo com as regras previamente definidas por uma organização, mesmo que essa gestão entre em conflito com as emoções que o próprio experiencia. Para a autora, o trabalho emocional diz respeito à capacidade de gerir as emoções do eu de modo a obter determinado resultado na interação com o outro.

Na disciplina da enfermagem, o conceito de trabalho emocional começou inicialmente a ser estudado pela enfermeira Pam Smith (1992, 2012), tendo esta autora concluído que o trabalho emocional diz respeito a uma competência envolvida no ato de cuidar, na qual são reconhecidos os sentimentos dos outros indivíduos juntamente com as emoções do próprio. Para esta autora o enfermeiro desenvolve as competências do trabalho emocional de acordo com os recursos pessoais e aprendizagem na prática de cuidados diária (Smith, 1992, 2012). Assim, a experiência profissional, que detém o enfermeiro perito (Benner, 2001), é determinante para o desenvolvimento de intervenções no âmbito do trabalho emocional. O enfermeiro perito deve mobilizar o conhecimento prático e teórico prestando cuidados de enfermagem avançados, descritos no regulamento de competências do EEESIP.

O conceito de trabalho emocional em enfermagem está relacionado com a mobilização de competências, tais como: “ (...) dar suporte e tranquilidade, delicadeza e amabilidade, simpatia, animar, usar o humor, ter paciência, aliviar

o sofrimento, conhecer a pessoa e ajudar a resolver os seus problemas.” (Diogo, 2017, p. 6). A mobilização destas competências, durante a prestação de cuidados através de intervenções de gestão emocional, vão permitir ao enfermeiro facilitar a gestão dos sentimentos negativos sentidos pela criança, e família, de modo a minimizar o seu sofrimento (Diogo, 2017).

Atender à gestão emocional, enquanto intervenção autónoma de enfermagem, é uma forma de promover a prestação de cuidados não traumáticos, que é um dos pilares da filosofia de cuidados em pediatria (Hockenberry & Barrera in Hockenberry & Wilson, 2014).

Os cuidados não traumáticos são entendidos como sendo a prestação de “ (...) cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares, em qualquer local, no sistema de cuidados de saúde (...) ” (Hockenberry & Barrera in Hockenberry & Wilson, 2014, p.11-12).

O objetivo primário na prestação de cuidados não traumáticos é não causar dano, sendo que existem três princípios que fornecem a estrutura para alcançar esse objetivo: “(...) (1) prevenir ou minimizar a separação da criança e da sua família, (2) promover uma sensação de controlo, e (3) prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor (...)” (Hockenberry & Barrera in Hockenberry & Wilson, 2014, p.11-12)

A promoção da sensação de controlo está relacionada com a gestão do medo, sendo que, o medo vivido pela criança pode ter um efeito negativo na sua relação com os prestadores de cuidados, tornando a prestação de cuidados um processo potencialmente traumático (Longobardi, Prino, Fabris & Settanni, 2019).

Através da operacionalização do modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica (Diogo, 2019), é possível planear intervenções que facilitam a gestão emocional, tendo por base cinco categorias de intervenção, promovendo assim a prestação de cuidados não traumáticos.

É essencial que os enfermeiros tenham conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e quais os medos característicos nas diferentes faixas etárias, nomeadamente, aqueles relacionados com os cuidados de saúde. Desta forma, será possível planear e executar intervenções para a gestão dos

medos, nomeadamente, o medo relacionado com a realização de procedimentos dolorosos (Karlsson, Rydstrom, Enskar & Englund, 2014).

Contudo, de modo a atender à gestão emocional, importa compreender primariamente o que são as emoções, designadamente, a emoção do medo.

1.2. Experiência de medo da criança face aos procedimentos dolorosos

Ao nível das emoções, existem emoções primárias categorizadas por Damásio (2003), também denominadas como emoções universais, sendo elas: a alegria, a tristeza, o medo, a cólera e a surpresa ou aversão.

As emoções traduzem-se em respostas fisiológicas, ou seja, processos químicos e neurais que formam um determinado padrão. Estas permitem, de um modo primário, ajudar o organismo a manter a vida, funcionando dessa forma como um mecanismo de regulação (Diogo, 2006).

À luz das neurociências, o medo, é entendido como uma emoção primária fundamental que se encontra presente em todas as idades, culturas, raças ou espécies. Fisiologicamente, os sistemas cerebrais envolvidos no processamento da emoção do medo, no ser humano, não estão completamente determinados, contudo a investigação científica refere que estão envolvidos diferentes sistemas (Damásio, 2003).

O medo tem como função garantir a sobrevivência do indivíduo, motivo pelo qual as estruturas biológicas envolvidas no processamento desta emoção estão presentes desde o nascimento. Este tem uma função adaptativa e permite proteger o ser humano ao longo do seu desenvolvimento, manifestando-se de forma distinta ao nível emocional, fisiológico e comportamental. Contudo importa referir que a sensação de medo sofre influência relacionada com o processo de socialização (Ollendick & King, 1991).

O medo caracteriza-se, segundo Damásio (2001), por ser um estado emocional no qual o indivíduo experiencia sensações que lhe são desagradáveis, apreensão ou tensão, simultaneamente com reações fisiológicas. O medo, enquanto emoção primária pode ser manifestado por comportamentos como ansiedade, apreensão, nervosismo, preocupação,

consternação, receio, precaução, preocupação, aflição, desconfiança, pavor, horror, terror, e como psicopatologia, fobia e pânico (Damásio, 2001).

A criança, devido às transições de desenvolvimento que vivencia, apresenta por vezes um número limitado de mecanismos de *coping* que lhe possibilitam gerir de forma eficaz, situações de *stress*, sendo por isso determinante o papel dos cuidadores. Os principais *stressores* associados ao contato com as instituições de saúde nas crianças em idade pré-escolar, escolar e adolescentes, estão relacionados com a separação da família, a perda de controlo, o ambiente desconhecido, a lesão corporal e a dor (Sanders in Hockenberry & Wilson, 2014).

As crianças em idade pré-escolar experienciam o *stressor* de perda de controlo derivado da alteração da sua rotina e da permanência num ambiente estranho. As crianças, nesta faixa etária, possuem ainda um pensamento mágico que condiciona a sua capacidade para compreender os cuidados de saúde. Nestes casos a preparação prévia para o contato com as instituições de saúde, e para a realização de procedimentos, deve ser realizada. Caso não seja, as crianças vão utilizar o seu pensamento mágico para atribuir significado às vivências, podendo ser uma experiência assustadora (Sanders in Hockenberry & Wilson, 2014). A evidência científica descreve que um dos significados atribuídos à hospitalização é estar de castigo, ou ter feito algo de errado, o que gera sentimentos como medo, vergonha e culpa. É nesta faixa etária que surge a associação do medo da bata branca, na qual os enfermeiros são associados aos procedimentos dolorosos (Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida, 2016).

A idade escolar caracteriza-se pela procura de independência e sentido de produtividade, estando as crianças muito sensíveis às alterações que coloquem em causa estas duas dimensões. Nas instituições de saúde, atividades como a utilização de uma cadeira de rodas, um banho no leito ou a restrição da mobilidade, podem ser angustiantes pela falta de controlo e geradoras de medo (Sanders in Hockenberry & Wilson, 2014).

Os adolescentes procuram a independência, auto afirmação, e liberdade de escolha, sendo que a procura de cuidados de saúde pode representar a dependência dos profissionais e uma limitação às suas tomadas de decisão.

Este facto pode resultar em sentimentos de medo, raiva, angustia, que podem comprometer o seu tratamento (Sanders in Hockenberry & Wilson, 2014).

O medo relacionado com a lesão corporal e dor, é, segundo vários autores, dos principais *stressores*, sendo por isso um fator de especial atenção nos cuidados de enfermagem pediátrica. O medo da dor é manifestado pelas crianças e adolescentes de diferentes formas, cabendo por isso aos enfermeiros reconhecê-las de modo a intervir de forma adequada e individualizada nas diferentes situações (Sanders in Hockenberry & Wilson, 2014). Para o reconhecimento da presença do medo é determinante o trabalho em parceria com a família, sendo também uma filosofia dos cuidados de enfermagem pediátricos os cuidados centrados na família.

Os procedimentos dolorosos, nomeadamente os realizados com recurso a agulhas, estão documentados na literatura como sendo um dos procedimentos mais dolorosos e indutores de medo na população pediátrica. O medo, relacionado com a realização de procedimentos, pode potenciar o sofrimento emocional, o que pode aumentar por sua vez a sensação de dor (McMurtry, Noel, Chambers & McGrath, 2011).

Para além disso a sensação de dor e o sofrimento emocional, sentido pelas crianças durante a realização dos procedimentos, pode ter um forte impacto negativo, pois as crianças guardam memória da experiência emocionalmente intensa, o que aumenta a sua angústia e medo em situações subsequentes (Chen, Zeltzer, Craske & Katz, 2000).

Assim, a gestão do medo dos procedimentos dolorosos deve ser um foco de atenção por parte dos enfermeiros e alvo de intervenção como explicitado no sub capítulo seguinte.

1.3. Gestão do medo enquanto intervenção de enfermagem

Em idade pediátrica a emoção do medo surge frequentemente associada ao desconhecido, aos estímulos dolorosos, ao sofrimento, e às vivências relacionadas com os diferentes estádios de desenvolvimento.

O medo, quando sentido de forma intensa e constante, pode alterar a capacidade da criança para enfrentar as situações adversas, sendo importante identificar quando este se torna uma forma de expressão de perturbação

emocional, tendo presente que o medo pode progredir para psicopatologia (Diogo *et al.*, 2016).

É determinante atender à gestão do medo, enquanto intervenção autónoma de enfermagem, de forma a evitar repercussões negativas no desenvolvimento da criança, resultantes de medos experienciados durante a realização de procedimentos, tanto relacionados com o processo de hospitalização, como também no âmbito dos cuidados de saúde primários (Diogo *et al.*, 2016).

A evidência científica demonstra que o medo associado à realização de procedimentos constitui um dos principais focos de atenção dos enfermeiros durante a prestação de cuidados (Diogo *et al.*, 2017). Controlar a dor, a ansiedade e o medo da criança, relacionado com a realização de procedimentos, é uma questão essencial até sobre o ponto de vista ético. É de realçar que na Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada (1998) consta no artigo 4º que “ (...) As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (IAC, 1998, p.9) e no artigo 8º consta que “A equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família” (IAC, 1998, p.13).

No contexto específico da enfermagem pediátrica, a evidência científica demonstra que a gestão emocional tem benefícios terapêuticos significativos, sendo que o modelo de trabalho emocional, em enfermagem pediátrica (TEEP) (Diogo, 2015,2019), representa um referencial teórico orientador da prática. Este modelo é composto por cinco categorias indissociáveis nas quais podem ser desenvolvidas intervenções autónomas de enfermagem, que permitem desenvolver um trabalho emocional com intencionalidade terapêutica.

A categoria **promover um ambiente seguro e afetivo**, coloca em evidência a importância de atender ao ambiente, pois este pode muitas vezes ser assustador e stressante para a criança e, dessa forma, gerador de emoções como o medo. Neste âmbito as unidades de saúde, seja em contexto hospitalar ou de cuidados de saúde primários, possuem espaços especialmente destinados ao cliente pediátrico. Estes espaços caracterizam-se por terem pinturas nas paredes, cores vivas, desenhos, brinquedos e sala de brincadeiras. Os profissionais de saúde podem também utilizar fardas com bonecos, tornando-se menos assustadores, contrariando assim o medo da

“bata branca”, que é descrito como sendo um dos medos característicos das crianças em idade pré-escolar. Na promoção de um ambiente seguro e afetuoso, importa ter uma intencionalidade na forma de estar na interação com a criança, e família, através de ações como o acolher, cumprimentar, expressar afeto, promover um ambiente familiar, preservar a segurança no quarto, manter a sintonia com o ambiente infantil e promover despedidas calorosas. Assim, fomentar um ambiente que seja percebido como sendo seguro para a criança é determinante para que o primeiro contato não seja sentido como ameaçador e para que possa começar desta forma a prestação de cuidados não traumáticos em parceria com a família. Uma criança que se sinta segura, segundo a evidência científica, confiará mais nos profissionais de saúde, colocará mais dúvidas e poderá ter uma recuperação mais rápida (Diogo, 2019).

Por sua vez, **nutrir os cuidados com afeto** é também uma categoria de intervenção que se caracteriza pelo afeto com que são cuidadas as crianças, este está relacionado com o carinho, a ternura, o amor, é quando o enfermeiro dá um pouco de si quando cuida do outro. De acordo com Diogo (2019), no seu estudo, os enfermeiros referem que os afetos são necessários para o desenvolvimento das crianças, são um direito, e é desejado que os cuidados sejam prestados com afeto sendo que as próprias crianças apelam a que seja dessa forma. Cuidar com afeto contribui para a diminuição dos fatores de stress relacionados com a hospitalização, facilita a execução de procedimentos, é determinante para conquistar a confiança, e os cuidados não funcionam se os afetos não surgirem associados à técnica, estes são por vezes tão importantes como a execução de um procedimento (Diogo, 2019). Importa então referir que cuidar com afeto é ter espontaneidade mas também intencionalidade no sorriso, na voz embalada e suave, nas expressões carinhosas (como o falar animado com a utilização de diminutivos), o olhar meigo, na dádiva de carinho (como uma festa no rosto), e por vezes o colo, que pode ser uma forma de conforto antes, durante e após um procedimento. A evidência científica menciona que as crianças quando cuidadas com afeto sentem-se amadas, tranquilas, permite aliviar o sofrimento, e os pais sentem maior confiança nos profissionais de saúde facilitando a construção de uma relação de parceria (Diogo, 2019).

Contudo, para além do ambiente de cuidados, e da forma como estes são prestados, através dos afetos, importa **gerir as emoções dos clientes**. Esta categoria de intervenção é de extrema importância uma vez que os momentos de contato com os cuidados de saúde podem ser emocionalmente intensos, e importa atender a esse facto considerando a importância de experiências anteriores, que podem condicionar de forma negativa as vivências futuras.

Neste âmbito é possível delinear intervenções de gestão emocional de antecipação, antes da realização de um procedimento por exemplo. Esta gestão emocional é operacionalizada através de ações como uma postura calma e carinhosa, estar disponível para a relação com o outro, esclarecer dúvidas e preparar adequadamente a criança para os procedimentos, favorecer a expressão de sentimentos, dar um reforço positivo e utilizar estratégias como a distração. Esta forma de agir com intencionalidade permite gerir as emoções antecipadamente, atenuando a experiência emocionalmente intensa e dessa forma diminuindo o medo e a ansiedade.

Existem também intervenções que permitem gerir as emoções reativas, tais como envolver a família nos cuidados prestados, manter uma comunicação clara com esclarecimento de dúvidas, realizar pausas, diferenciar os momentos (o momento do procedimento e o momento do final), promover a esperança, dar carinho e estar ao lado da criança, distrair, encorajar a expressão de sentimentos (podendo utilizar diversas estratégias adequadas à faixa etária da criança como os desenhos, por exemplo), restringir o que ajuda a criança a compreender os limites e evitar uma escalada de descontrolo emocional, que deixa a criança desorganizada do ponto de vista emocional.

Mas para que todas as intervenções sejam bem-sucedidas importa **construir a estabilidade na relação**. Esta é uma categoria de intervenção desafiante, uma vez que as relações são caracterizadas por trocas de emoções tanto positivas como negativas e cabe ao enfermeiro ser o gestor dessa partilha, tendo uma intencionalidade nas diversas intervenções. Assim para construir uma estabilidade na relação, Diogo (2015) identificou no seu estudo três tipos de interações: envolvimento emocional, gestão de episódios conflituosos e equilíbrio de poderes.

O envolvimento emocional está relacionado com a entrega do enfermeiro na relação com o outro, na qual são desenvolvidos aspetos como a ligação

afetiva, a proximidade, o conhecimento mútuo e a confiança. Estes elementos são determinantes para a relação que se irá estabelecer, incluindo os limites da mesma. No cuidar de crianças, no qual são nutridos cuidados com afeto, é indissociável a existência de uma relação afetiva. Esta relação vai sendo sedimentada durante o tempo de contacto, o que levará a uma maior proximidade, promovendo o conhecimento mútuo e a confiança. Um exemplo desta relação de cuidar com envolvimento emocional é o cuidar da criança com doença crónica que tem vários internamentos, alguns prolongados, sendo uma relação que surge de forma natural e que deve ser gerida de forma intencional com um objetivo terapêutico.

Por sua vez, os momentos emocionalmente intensos podem levar à existência de episódios conflituosos que devem ser alvo de intervenção por parte do enfermeiro. Enquanto gestor emocional, o enfermeiro deve manter uma postura calma, permitir a expressão de sentimentos, desconstruir o problema, procurar restabelecer o equilíbrio emocional com a reconciliação, evitar juízos de valor e a valorização dos aspetos negativos.

Por fim, o equilíbrio de poderes diz respeito à tomada de decisão partilhada e à promoção do papel parental, existindo um trabalho em parceria com esclarecimento de dúvidas e envolvimento da criança nos cuidados que lhe são prestados.

Este envolvimento emocional dos enfermeiros, durante a prestação de cuidados, obriga a que exista uma **regulação da disposição emocional para cuidar**. Esta, é para mim, a base de todo o trabalho emocional, pois para gerir as emoções dos clientes o enfermeiro deve, primeiramente, gerir as suas próprias emoções. Esta gestão emocional pode ser realizada através de ações individuais, como a análise de situações da prática, da escrita, da reflexão ou através da partilha, onde é possível discutir determinada vivência com um colega ou com a equipa. É também importante ter a capacidade de compreender as reações dos clientes, minimizando o negativo, evitando percecionar determinada reação como sendo dirigida ao próprio. O enfermeiro pode também atenuar positivamente as experiências, tendo presente que o erro não é um fenómeno único e exclusivo, acreditando nas suas competências, encarando a prática como um desafio repleto de oportunidades de desenvolvimento e melhoria. Outra das ações é não se deixar afetar, para

isso o enfermeiro poderá descentrar-se, afastar-se por momentos e até mesmo evitar a prestação de cuidados, cortando com a fonte de emoções. Os cuidados devem estar sempre assegurados mas, numa situação em que o enfermeiro não consiga regular as suas próprias emoções, outro poderá assumir o seu lugar dando a melhor resposta enquanto gestor emocional da relação terapêutica.

Assim, as cinco categorias de intervenção propostas pelo modelo TEEP (Diogo, 2015), surgem como orientadoras da prática e possibilitam uma gestão eficaz das emoções do cliente pediátrico. Este modelo poderá ser orientador de intervenções específicas, como é o caso da gestão do medo relacionado com a realização de procedimentos dolorosos.

A gestão do medo requer uma correta avaliação e planeamento, sendo que deve ser mobilizada uma abordagem multimodal (McMurtry *et al.*, 2011 Stoltz. & Manworren, 2017). Os enfermeiros devem avaliar a presença de medo com recurso à avaliação dos parâmetros vitais, expressão facial, auto relato e verbalização por parte dos pais.

As intervenções devem ser sempre adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança, sendo que, a fim de reduzir a ansiedade, o medo e a dor, diferentes abordagens não farmacológicas foram propostas incluindo várias técnicas psico-cognitivas e técnicas de distração (bolhas, livros, jogos ou vídeos de desenhos animados) (Felluga, Rabach, Minute, *et al.* 2016).

Estes aspetos serão explorados de forma teórica e prática nos capítulos referentes aos diferentes contextos de estágio, uma vez que a gestão do medo, relacionado com os procedimentos dolorosos, é uma forma de humanização dos cuidados de saúde e prestação de cuidados não traumáticos.

Intervir na gestão do medo faz parte das competências do EEESIP, sendo que no Regulamento de Competências Específicas do EEESIP (Regulamento 422/2018), na unidade de competência “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.” Está definido como critério de avaliação que o enfermeiro, “E1.2.3. Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal -estar psíquico.” O enfermeiro “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem -estar da criança/jovem, otimizando as respostas.” Uma vez que “E2.2.1. Aplica conhecimentos sobre saúde e bem -

estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem” e também “E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.” E neste âmbito “E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções”.

Estas são unidades de competência e critérios de avaliação que se relacionam com a problemática da gestão do medo, que justificam, sobre o ponto de vista da competência profissional, o dever do enfermeiro de desenvolver e adquirir competências neste âmbito.

2. PROBLEMÁTICA

Desde os primeiros anos de vida, a criança é submetida a procedimentos geradores de medo, seja no âmbito da vacinação ou quando vivencia um processo de doença aguda e necessita de realizar colheitas de sangue, por exemplo. Estes procedimentos são ansiogênicos para a criança e família, representando momentos emocionalmente intensos e potencialmente traumáticos. A **problemática** de enfermagem, que se relaciona com os medos das crianças associados à realização de procedimentos dolorosos, é, para mim, uma preocupação, sendo transversal a todos os contextos de cuidados de saúde, onde desenvolvi a minha atividade profissional durante os 5 anos de prática na área da pediatria. O **tema**, onde se enquadra esta problemática, são os cuidados não traumáticos em enfermagem pediátrica, pois esta é uma das filosofias do cuidar em pediatria que se configura como um direito das crianças e um dever dos profissionais. O **problema** é o medo experienciado pela criança relacionado com a realização de procedimentos dolorosos, sendo o **objeto de estudo** a intervenção de enfermagem na gestão desses medos.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia é percebida como sendo um contíguo de procedimentos e técnicas que possibilitam antecipar, direcionar e preparar o processo de aprendizagem (Carmo & Ferreira, 2015). A metodologia, utilizada no presente relatório de estágio, teve como finalidade facilitar a aquisição e o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados à criança, jovem e família.

É nos contextos da prática de cuidados que é possível transformar o conhecimento, sendo que esta transformação envolve o saber teórico e prático. Ou seja, é nos contextos de estágio que é mobilizado o saber, com o saber fazer e o saber ser (da ação), construindo assim o conhecimento cognitivo que resulta da reflexão na ação e sobre a ação (Alarcão & Rua, 2005). A experiência é necessária para alcançar a perícia e esta desenvolve-se a partir de situações da prática (Benner, 2001). Assim, o exercício reflexivo e a

aprendizagem experiencial estiveram na base da metodologia orientadora deste processo de transformação do conhecimento.

A prática reflexiva possibilitou a partilha de saberes e o desenvolvimento de competências nas experiências de estágio, ou seja, a aprendizagem experiencial. A prática reflexiva que envolve a reflexão para a ação, sobre a ação e na ação, facilitou o processo de aprendizagem (Schön, 1992). Desta forma, o presente relatório é também um trabalho de descrição, e reflexão, sobre as experiências vividas e as aprendizagens alcançadas, este segue uma lógica descritiva das atividades desenvolvidas nos contextos, e das competências de EEESIP, adquiridas durante este processo. Este percurso foi realizado em seis contextos distintos, tanto na comunidade, como em meio hospitalar, durante um período de 18 semanas, como explicitado no cronograma (Apêndice I). A escolha, e sequência dos contextos de estágio, foi definida de forma intencional, procurando a possibilidade de uma crescente complexidade das atividades desenvolvidas.

Iniciei o meu percurso, em contexto de cuidados de saúde primários, numa unidade de saúde familiar. Seguidamente, optei por escolher os contextos de estágio na mesma instituição hospitalar, num centro hospitalar central de Lisboa, no qual são prestados cuidados diferenciados e que é composto por diversas valências de referência na área da pediatria. A possibilidade de estar em diversos serviços da mesma instituição, permitiu-me compreender os diferentes circuitos que a criança pode fazer e as práticas existentes em cada serviço.

Inicialmente estive na unidade de cuidados intensivos neonatais. Seguidamente, estagiei no internamento de pediatria que comporta três especialidades médicas, nomeadamente, infeciologia, gastroenterologia e nefrologia pediátrica. Este foi desafiante pela diversidade de especialidades e complexidade dos cuidados prestados. Posteriormente estive na urgência pediátrica, tendo sido este o estágio com maior duração. Uma vez que a minha atividade profissional se desenvolve em ambulatório, os últimos dois contextos foram selecionados pela proximidade com a comunidade. Assim, o penúltimo local de estágio foi o centro de reabilitação de paralisia cerebral, e por fim a consulta externa de pediatria, na qual desenvolvo a minha atividade

profissional, sendo um local agregador de todas as aprendizagens adquiridas ao longo deste percurso.

O capítulo que se segue pretende descrever o percurso formativo, fazendo menção aos objetivos propostos e ao desenvolvimento de competências de EEESIP em cada contexto.

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO: DOS OBJETIVOS PROPOSTOS AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo tem como finalidade explicar o percurso de desenvolvimento e a aquisição de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A intervenção do EEESIP tem por base a filosofia dos cuidados centrados na criança e família, intervindo sempre neste binómio, durante a prestação de cuidados de enfermagem. O trabalho em parceria, com a família ou elementos significativos, é transversal a todos os contextos da prática de cuidados, sendo a parceria na prestação de cuidados um dos pilares do cuidar em pediatria.

O EEESIP presta cuidados de enfermagem à criança, jovem e família, desde o seu nascimento até aos 18 anos de idade (menos um dia). Em casos excecionais, como o de crianças com doença crónica, incapacidade e/ou deficiência, pode prolongar-se até aos 25 anos ou logo que estejam reunidas as condições para que exista uma transição adequada para os cuidados no âmbito da vida adulta.

A sua intervenção é diferenciada através da prestação de cuidados de enfermagem avançada, sendo estes cuidados prestados com mestria, tendo como finalidade responder às necessidades da criança e família ao longo do ciclo vital (OE, 2018). Assim, foi necessário definir um percurso de aprendizagem que possibilitasse o desenvolvimento das competências preconizadas pelo Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (Regulamento n.º 422/2018).

Tendo como linha orientadora estes pressupostos foram definidos objetivos gerais e específicos, bem como atividades a desenvolver programadas para cada contexto. Os objetivos e atividades definidas visam dar resposta às três áreas de competência do EEESIP, nomeadamente: assiste a criança e jovem com a família, na maximização da sua saúde, cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida, e de desenvolvimento, da criança e do jovem (OE, 2018).

Durante a fase de planeamento foi elaborado um projeto de estágio no qual foi fundamentada a temática em estudo, a escolha dos contextos de estágio e onde foi definido o percurso de aprendizagem a realizar. Este percurso de aprendizagem foi baseado numa metodologia prática, crítica e reflexiva. Durante este processo foi mobilizado o conhecimento na ação, reflexão na ação e sobre a ação, tendo em conta as necessidades de aprendizagem individual previamente definidas (Schön, 2000).

Os **objetivos gerais** definidos para todos os contextos de estágios foram:

1. Desenvolver competências de enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica ao longo dos estádios de desenvolvimento e nos processos de saúde-doença.

2. Desenvolver competências de enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na gestão dos medos da criança relacionados com a realização de procedimentos dolorosos.

A definição dos **objetivos específicos** foi realizada com a finalidade de concretizar os objetivos gerais supra citados. Existem objetivos específicos que foram **transversais a todos os contextos de estágio** e existem objetivos que são **específicos de cada contexto**. Assim, primeiramente, será feita menção aos objetivos transversais, elencando a forma como cada um foi trabalhado nos diferentes contextos da prática. Posteriormente, os objetivos específicos serão mencionados no subcapítulo reservado para cada contexto de estágio.

Objetivos Específicos Transversais

Os diferentes contextos da prática possuem características únicas e oportunidades de aprendizagem diferenciadas, sendo o planeamento essencial para a rentabilização das experiências de estágio. Neste sentido, foi determinante a elaboração de um Guia Orientador das Atividades de Estágio (Apêndice II). Este guia enquadra teoricamente o projeto de estágio, fazendo uma breve alusão ao tema da gestão do medo relacionado com a realização de procedimentos dolorosos. O guia explana também os objetivos gerais e específicos definidos, tendo em conta as oportunidades de aprendizagem

identificadas nos contextos. Este guia foi apresentado em todas as reuniões iniciais dos campos de estágio, sendo objeto de negociação com os Enfermeiros/as chefes e Enfermeiro/a orientador(a), posteriormente foram realizadas as reformulações de acordo com as sugestões recebidas.

Durante este processo de aprendizagem foram definidos **objetivos específicos** que foram **transversais** a todos os contextos de estágio nomeadamente:

- Conhecer a dinâmica organizacional, estrutural do contexto de estágio e as conceções/modelos orientadores da prática de cuidados;
- Desenvolver competências comunicacionais de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança/ jovem;
- Promover a prestação de cuidados não traumáticos valorizando a dimensão relacionada com o cuidado emocional;
- Identificar as intervenções de enfermagem direcionadas à criança, jovem e família, que visam a gestão do medo relacionado com a realização de procedimentos dolorosos.

Para a concretização destes objetivos foi realizado um planeamento das atividades a desenvolver em cada contexto de estágio.

De modo a otimizar a experiência de estágio, e ter um papel proativo no processo de aprendizagem, aliando o saber teórico ao saber experiencial, o primeiro objetivo transversal a todos os contextos foi **conhecer a dinâmica organizacional, estrutural do contexto de estágio e as conceções /modelos orientadores da prática de cuidados.**

Para a sua concretização, foi determinante no início de cada estágio, a realização de uma reunião de apresentação e discussão das atividades propostas. Esta apresentação foi realizada ao Enfermeiro Chefe e ao Enfermeiro Orientador, sendo que estes são peritos nas áreas onde desenvolvem a sua atividade (Benner, 2001). O seu conhecimento científico e experiencial (Carper, 1978) foram determinantes para adequar e otimizar os

objetivos inicialmente propostos, tornando desta forma este percurso mais rico em aprendizagens.

Realizei também a consulta de normas, protocolos e projetos em vigor nos serviços. No decorrer do estágio realizei uma atenta observação das práticas de cuidados da equipa de enfermagem e da sua metodologia de trabalho. As características dos diferentes contextos de estágio encontram-se descritas no apêndice III. Estas atividades permitiram compreender a dinâmica organizacional, bem como as conceções e modelos orientadores da prática de cuidados. Cada contexto tem exigências e práticas distintas, pelo que a pesquisa bibliográfica, na procura de atualização do conhecimento, foi também uma das atividades desenvolvidas em todos os contextos. Esta atividade está relacionada com as competências comuns do enfermeiro especialista nomeadamente **(D.2.2; D.2.3)** (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

A comunicação é um instrumento básico de enfermagem essencial para a prestação de cuidados, que deve ser aperfeiçoado ao longo do desempenho da profissão. Comunicar em pediatria obriga a um conhecimento aprofundado sobre o desenvolvimento infantil, de modo a adequar a forma de comunicar ao nível de desenvolvimento da criança e jovem, sem nunca esquecer que comunicar de forma eficaz com os cuidadores/família é igualmente importante. Assim, o segundo objetivo transversal a todos os contextos de estágio foi **desenvolver competências comunicacionais de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança e do jovem**.

Para a concretização deste objetivo foi necessário realizar uma observação das práticas de cuidados da equipa de enfermagem, e pesquisa bibliográfica, sobre o desenvolvimento infantil e estratégias de comunicação nas diferentes faixas etárias.

No contexto da **unidade de saúde familiar (USF)** foi utilizada a caixa da brincadeira, já existente no contexto, e que permitiu, através do brincar, comunicar com a criança promovendo, e facilitando, a comunicação expressiva de emoções.

O brincar em pediatria pode, e deve, ser utilizado como um instrumento terapêutico. O ato de brincar é considerado um direito das crianças sendo uma experiência rica e complexa, fundamental para a promoção do seu

desenvolvimento. Sendo uma atividade natural, permite que as crianças possam adaptar-se a determinada realidade ou situação, promovendo o seu desenvolvimento ao nível intelectual, motor, e também nos processos de socialização, estimulando a criatividade e autoconsciência (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010). A título de exemplo, durante a prestação de cuidados a uma criança de 5 anos, foi necessário realizar a administração de uma vacina, o brincar permitiu preparar para o procedimento e funcionou como técnica não farmacológica para o controlo da dor. Através do brincar, e do brinquedo, a criança consegue exprimir os seus “ (...) medos, desejos e experiências vividas, tendo a possibilidade de libertar emoções, tensões e frustrações” (OE, 2013, p.36).

Também nos contextos de **internamento de pediatria, e da urgência de pediatria**, foi utilizado durante os momentos de intervenção o kit “sem dói-dói”, que permite, de acordo com a faixa etária da criança, ser um instrumento de preparação para procedimentos e facilitador da comunicação. A utilização do brincar terapêutico permite minimizar os *stressores* relacionados com os processos de hospitalização, permite também identificar, e desmistificar, os medos vivenciados pela criança (Sanders in Hockenberry & Wilson, 2014).

No contexto da **unidade de cuidados intensivos neonatais**, a comunicação é direcionada aos pais, e neste âmbito, foi essencial a pesquisa bibliográfica sobre temas como: a comunicação de más notícias, promoção da esperança e promoção da parentalidade. Durante os momentos de prestação de cuidados foram mobilizadas estratégias comunicacionais como o reforço positivo, através do trabalho em parceria.

No contexto do **centro de reabilitação de paralisia cerebral**, foi elaborado um livro de comunicação aumentativa e alternativa (Apêndice IV) direcionado para a consulta de enfermagem, o qual tem como finalidade facilitar a comunicação com a criança com necessidades especiais ao nível da comunicação. Este instrumento foi elaborado de modo a ser utilizado em diferentes faixas etárias, sendo possível a sua utilização desde a idade pré-escolar (desde que a criança esteja familiarizada com o instrumento). Esta foi uma atividade desafiante que requereu um conhecimento aprofundado sobre o desenvolvimento infantil, para que seja possível estabelecer formas de comunicação eficazes com a criança e jovem.

No contexto de **consulta externa de pediatria**, foi implementada a utilização de um livro de comunicação aumentativa, e alternativa, nas consultas de enfermagem. Para a sua utilização foi elaborada uma norma de utilização do mesmo (Apêndice V). Este instrumento permitiu o envolvimento das crianças com necessidades especiais ao nível da comunicação na sua consulta de enfermagem, tornando a avaliação de necessidades mais efetiva e eficaz. Exemplo da aplicação deste instrumento é a possibilidade de ser a criança a comunicar de forma autónoma a presença de dor, localização, intensidade e medidas de alívio.

Desta forma, este foi um objetivo transversal a todos os contextos e que me possibilitou trabalhar as unidades de competência (**E.1.1; E.2.2; E.3.1; E.3.3**) (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

A prestação de cuidados não traumáticos é um dos pilares da filosofia dos cuidados pediátricos, pelo que, um dos objetivos transversais foi **promover a prestação de cuidados não traumáticos, valorizando a dimensão relacionada com o cuidado emocional**.

No contexto da **USF** foi elaborado um folheto intitulado “Vacinas sem medo, encontre aqui o segredo” (Apêndice VI). Este folheto teve como finalidade a prestação de cuidados antecipatórios, sendo entregue aos pais, na consulta de vigilância de saúde infantil realizada aos 4 anos, como recomendado pelo Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Direção Geral de Saúde (DGS), 2013). Este folheto tinha como objetivo fornecer estratégias, para que os pais de crianças com 5 anos, pudessem prepará-las para o momento da vacinação, sendo que este é um procedimento descrito na literatura como assustador para as crianças desta faixa etária. As orientações descritas no folheto permitem, de forma indireta, preparar os pais para o desenvolvimento de um trabalho de parceria na gestão do medo, antes, durante e após a realização do procedimento.

Em contexto da **unidade de cuidados intensivos neonatais**, foi realizada a partilha informal de conhecimento durante as passagens de turno, com discussão, e análise, das situações de cuidados. Realizei formação específica sobre o tema do trabalho emocional em enfermagem, com a

participação no 6.º Workshop Emoções em Saúde – Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: da concepção à prática (anexo I). Este decorreu no dia 24/10/2019 e, ao longo da sessão, foram explorados conteúdos como, o trabalho emocional em enfermagem pediátrica, em que consiste, e foi abordado o modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica. No final da formação foi promovida a realização de dinâmicas em grupo, com exercícios de gestão emocional, que permitiram operacionalizar os conhecimentos aprendidos.

Em **contexto de internamento** foi elaborado um poster sobre a aplicabilidade do modelo do TEEP ao contexto (Apêndice VII). Este poster foi afixado na sala de trabalho de enfermagem. Foi realizada uma breve explicação à equipa de enfermagem durante a passagem do turno sobre o modelo do TEEP e foram explicitados os exemplos identificados em cada uma das cinco categorias de intervenção. Estes exemplos foram selecionados tendo por base a atividade de observação das práticas de cuidados, sendo estas as intervenções mais mobilizadas pela equipa. Este poster foi discutido com o Enfermeiro Orientador. Foi também realizada uma partilha da pesquisa bibliográfica com a equipa de enfermagem, tendo sido afixado na sala de trabalho um artigo para consulta intitulado: “Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: proposta de um Modelo orientador da prática” (Diogo, 2017). Disponível em: DOI:10.13140/RG.2.2.36481.97125. Foi também definida, como atividade, a prestação de cuidados à criança, jovem e família, tendo utilizado, durante a intervenção, o kit sem dói-dói, utilizando assim os recursos já existentes para a prestação de cuidados não traumáticos. No âmbito da formação, participei no Seminário do 13º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, subordinado ao tema: “As Novas Concepções em Saúde Infantil e Pediátrica”. Este decorreu nos dias 6 e 7 de Novembro (anexo II), tendo sido abordado o tema das Emoções em Saúde: O afeto nos cuidados de Enfermagem ao cliente pediátrico.

Realizei também uma observação da intervenção dos voluntários do Projeto nuvem Vitória. Estes voluntários, diariamente pelas 22 horas, dirigem-se aos serviços de internamento e contam histórias para que as crianças possam adormecer de forma tranquila. Esta atividade contribui para a

promoção de um ambiente seguro e afetoso, e, conseqüentemente, para a prestação de cuidados não traumáticos, tornando o ambiente hospitalar menos assustador.

No contexto de **urgência de pediatria**, realizei uma sessão de formação sobre: O Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica - Estratégias de gestão do medo das crianças relacionado com os procedimentos dolorosos (Apêndice VIII). Esta sessão de formação permitiu a partilha de conhecimento científico e experiencial, tendo sido avaliada pelos enfermeiros através de um questionário pós sessão (Apêndice IX). Esta sessão foi avaliada, qualitativamente, entre muito bom e excelente. Partilhei com a equipa de enfermagem a pesquisa bibliográfica, nomeadamente o artigo de Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (13), 43-51. Elaborei um poster sobre as categorias de intervenção do modelo do TEEP, com exemplos práticos do mesmo (Apêndice X). Este ficou afixado na sala de tratamentos como forma de relembrar, e tornar consciente, a prestação de cuidados no âmbito do trabalho emocional. Foi ainda elaborado um kit sem medo destinado à aprendizagem da criança, jovem, e dos cuidadores, sobre estratégias para diminuir o medo e a ansiedade, associados à realização de procedimentos dolorosos. A utilização dos materiais do kit permite a implementação de estratégias cognitivas, comportamentais e sensoriais que favorecem o controlo do medo, promovendo a prestação de cuidados não traumáticos através do ato de brincar (Apêndice XI).

No contexto do **centro de reabilitação de paralisia cerebral**, elaborei um livro de comunicação aumentativa e alternativa, direcionado para a consulta de enfermagem. Este é composto por diferentes categorias que permitem comunicar com a criança durante uma consulta de enfermagem, e intervir em áreas como a avaliação da dor, do medo, e, em parceria, definir estratégias para a prestação de um cuidado não traumático.

No contexto da **consulta externa de pediatria**, realizei uma sessão de formação sobre: O Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica - Estratégias de gestão do medo das crianças associado aos procedimentos dolorosos (Apêndice XII). Elaborei um poster sobre a aplicabilidade do modelo

do TEEP ao contexto de consulta externa de pediatria (Apêndice XIII), este foi posteriormente apresentado nas 2.^a Jornadas das Emoções em Saúde, organizadas na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (obtendo o 1.º Prémio para Poster). Posteriormente ficou decidido que seria afixado na sala de colheitas, como forma de lembrar, e tornar consciente, a prestação de cuidados no âmbito do trabalho emocional. Elaborei um livro intitulado “Panda com dói-dói mas sem medo” (Apêndice XIV), este livro tem como finalidade preparar as crianças, desde os 4 anos de idade, para o procedimento da punção venosa. Este livro permite, através do brincar e do ato de contar uma história, que os pais possam de forma simples explicar o procedimento que vai ser realizado, prevenindo, ou diminuindo, a presença da emoção do medo relacionada com o procedimento doloroso, possibilitando, dessa forma, a prestação de cuidados não traumáticos.

Este foi um objetivo que possibilitou o desenvolvimento de competências nas unidades de competência **(E.1.1; E.2.2; E.3.3)**, nomeadamente nos critérios de avaliação: **(E.1.1.1), (E.1.1.2), (E.1.1.4), (E.1.1.5), (E.2.2.1), (E.2.2.2), (E.2.2.3), (E.3.4.1)** (Regulamento n.422/2018 de 12 de julho).

A promoção dos cuidados não traumáticos pode ser operacionalizada em diversas intervenções, em várias áreas de cuidados à criança e ao jovem, pelo que outro dos objetivos transversais a todos os contextos, e que se relaciona com o objetivo anterior, foi: **identificar as intervenções de enfermagem direcionadas à criança, jovem e família, que visam a gestão do medo relacionado com a realização de procedimentos dolorosos.**

No contexto da **USF**, para alcançar este objetivo, foi realizada a construção de uma grelha de observação (Apêndice XV) que engloba as cinco categorias de intervenção do modelo TEEP (Diogo, 2019). Após a colheita de dados, foi realizada uma análise reflexiva dos dados observados e registados (Apêndice XVI). Posteriormente, esta reflexão foi discutida com a enfermeira orientadora, agregando o saber experiencial com o saber disciplinar (Carper, 1978). Neste primeiro momento importava compreender como é que uma Enfermeira EESIP intervinha no âmbito da gestão dos medos, e foi interessante a análise comparativa dos dados obtidos com observações de intervenções de enfermeiras de cuidados gerais e de uma enfermeira EESIP. Esta observação,

e reflexão sobre a prática, aliada à fundamentação científica, contribuíram para a construção do conhecimento e o desenvolvimento de competências.

No segundo contexto, na **unidade de cuidados intensivos neonatais**, foi pertinente a realização de uma entrevista a uma enfermeira perita (Apêndice XVII) sobre as intervenções no âmbito da gestão das emoções dos pais, nomeadamente, a emoção do medo associado à realização de procedimentos dolorosos.

No **internamento de pediatria** realizei uma observação das práticas e realizei a prestação direta de cuidados à criança, jovem e família. Juntamente com o enfermeiro orientador, elaborei, de forma sistematizada, um plano de intervenção para a gestão do medo associado à realização do procedimento doloroso da colocação de um cateter venoso periférico. Após a realização desta intervenção, foi discutida a intervenção, quais as estratégias utilizadas e qual o seu impacto, tendo realizado, posteriormente, uma análise reflexiva da prática (Apêndice XVIII).

No contexto de **urgência de pediatria**, realizei a aplicação de um questionário, à equipa de enfermagem (Apêndice XIX), com a finalidade de auscultar a opinião, dos enfermeiros do serviço de urgência de pediatria, sobre a temática da gestão do medo das crianças relacionado com a realização de procedimentos dolorosos. Foram obtidos 22 questionários respondidos, sendo que os dados colhidos demonstram que todos os enfermeiros consideraram que as crianças sentem medo quando submetidas a um procedimento doloroso, e que este medo, pode ser alvo de intervenções de enfermagem. Ao nível da intervenção, os enfermeiros referem que mobilizam intervenções no sentido de gerir o medo, mas cerca de 6 referiu que não planeia previamente que intervenções a realizar, intervindo sem preparação prévia. Todos os enfermeiros consideraram que a gestão do medo era uma intervenção autónoma de enfermagem com ganhos para a criança e família, e todos referiram interesse em aprofundar conhecimentos sobre estratégias de intervenção para a gestão do medo das crianças, relacionado com a realização de procedimentos dolorosos.

No contexto do **centro de reabilitação de paralisia cerebral**, foi realizada uma observação das práticas, não tendo sido observado, durante os

momentos de estágio, a emoção do medo relacionada com a realização de procedimentos dolorosos.

No contexto da **consulta externa de pediatria**, foi realizada uma observação das práticas com recurso a uma grelha de observação com base no modelo do TEEP (Apêndice XIV). Foi realizada a aplicação de um questionário à equipa de enfermagem (Apêndice XVIII) com a finalidade de auscultar a opinião dos enfermeiros sobre a temática da gestão do medo das crianças relacionado com a realização de procedimentos dolorosos. Foram obtidos 9 questionários respondidos, sendo que os dados colhidos demonstram que todos os enfermeiros consideraram que as crianças sentem medo quando submetidas a um procedimento doloroso, e que este medo, deve ser objeto de intervenções de enfermagem. Ao nível da intervenção, os enfermeiros referem que mobilizam intervenções no sentido de gerir o medo, contudo, 2 referiram que não planeiam previamente que intervenções a realizar, intervindo sem preparação prévia. Todos os enfermeiros consideraram que a gestão do medo era uma intervenção autónoma de enfermagem com ganhos para a criança, e família, e todos referiram interesse em aprofundar conhecimentos sobre estratégias de intervenção para a gestão do medo das crianças relacionado com a realização de procedimentos dolorosos.

As atividades desenvolvidas para dar resposta ao objetivo permitiram trabalhar a unidade de competência **(E.1.2)**, nomeadamente, no critério de avaliação **(E.1.2.3)** (Regulamento n.422/2018 de 12 de julho). A identificação das intervenções de enfermagem, mobilizadas para a gestão do medo, permitiu-me refletir sobre as práticas instituídas e sobre a minha própria prática, aprendendo novas formas de intervir na gestão do medo, e também, de partilhar, com os enfermeiros que fizeram parte deste percurso de aprendizagem, outras formas de intervenção na gestão do medo e, consequente, na promoção da prestação de cuidados não traumáticos em parceria com a família.

Objetivos Específicos por contexto de cuidados

Em cada contexto de estágio existem práticas distintas, e este percurso de aprendizagem possibilitou-me contactar com profissionais de enfermagem especializados, que me permitiram desenvolver novas competências alterando a minha forma de entender os cuidados e de intervir junto das crianças e famílias.

Este percurso foi marcado por um conjunto de objetivos transversais a todos os contextos, fortemente relacionados com o tema por mim aprofundado, mas sem descurar as oportunidades de aprendizagem específicas de cada contexto. Por esse motivo foram definidos objetivos específicos, de forma a otimizar as oportunidades de aprendizagem, almejando que no final deste percurso seja possível a prestação de cuidados especializados, com intervenções diferenciadas nas diferentes unidades de competência previstas no Regulamentos de competências do EEESIP.

Unidade de Saúde Familiar

O primeiro contexto de estágio foi na comunidade, nomeadamente uma USF, que se caracteriza pelo método de trabalho de enfermeiro de família, como descrito no apêndice anteriormente referenciado.

Nesta USF, são acompanhadas crianças desde o nascimento e ao longo das várias faixas etárias do seu ciclo vital. As consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, são realizadas nas idades chave preconizadas pela DGS. A consulta de vigilância tem por base as recomendações descritas em documentos orientadores de referência como o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) e também o PNV (DGS, 2018).

A consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil é programada pela equipa de enfermagem, sendo que todos os elementos da equipa realizam esta consulta. Posteriormente à consulta de enfermagem poderá existir também uma consulta médica. Estas consultas funcionam de modo complementar sendo que os aspetos relacionados com a avaliação do desenvolvimento são formalmente avaliados e registados pela equipa médica. Contudo, é também

da competência do EEESIP a avaliação do desenvolvimento da criança, embora não exista um registo desta avaliação, nem a utilização de uma escala pela equipa de enfermagem.

Sendo a consulta de vigilância de saúde infantil o momento de intervenção de enfermagem junto da família, um dos objetivos propostos para este contexto foi **integrar a equipa de enfermagem na prestação de cuidados, à criança/ jovem, ao nível dos cuidados de saúde primários desenvolvendo competências de EEESIP.**

Como atividades, observei a prestação de cuidados da EEESIP durante as consultas de saúde infantil. Esta observação das práticas permitiu-me compreender a forma como interagia com a criança e família e também como coordenava os momentos da consulta, conduzindo a entrevista aos pais e dando espaço para a partilha de dúvidas e sentimentos. Após a observação foi importante a realização de pesquisa bibliográfica, consultando documentos de referência para a realização das consultas. Colaborei com a equipa de enfermagem na realização das consultas de enfermagem de saúde infantil. Colocar em prática os conhecimentos aprendidos teoricamente, foi uma forma de otimização da experiência de estágio e uma atividade promotora do desenvolvimento de competências. Durante as consultas foi possível ter um papel interventivo trabalhando em parceria com os pais e, por vezes, família alargada. A população que é acompanhada nesta USF é predominantemente de etnia cigana, e, culturalmente, os elementos da família alargada são bastante presentes no cuidado à criança, pelo que importa compreender a estrutura familiar e os papéis dos elementos da família, de modo a poder desenvolver efetivamente intervenções em parceria. O respeito pela cultura e crenças da família é também um fator determinante para os cuidados centrados na família e em parceria.

Existem instrumentos de avaliação da família como o Modelo Calgary, este foi a base para o entendimento da importância da avaliação da estrutura da família, embora não tenha sido formalmente aplicado, pois o tempo disponível para a realização da consulta não o permitia. Foi possível colaborar na realização de consultas em diferentes estádios etários, por exemplo, na

consulta do recém-nascido, trabalhei aspetos como a promoção da amamentação, e nos casos em que não se verificava a amamentação, eram trabalhadas questões relacionadas com o leite adaptado, dosagem, frequência, modo de preparação, cuidados a ter na preparação. Foi também alvo de intervenção, a monitorização do crescimento e desenvolvimento, cuidados à pele, adaptação dos pais ao recém-nascido com intervenção na promoção da parentalidade, promoção de cuidados antecipatórios com ensino sobre desenvolvimento, técnicas de estimulação e preparação para a vacinação. Foram também trabalhadas as questões relacionadas com a segurança do recém-nascido.

Durante a consulta de enfermagem promovi a adesão à vacinação, com ensino aos pais sobre as vacinas preconizadas no plano nacional de vacinação e, quando aplicável, vacinas extra plano. Procedi à administração de vacinas com recurso a medidas farmacológicas para o controlo da dor, como a aplicação de EMLA® creme e medidas não farmacológicas. A gestão do medo foi também alvo de intervenção, como explicitado anteriormente.

A realização das atividades permitiu o desenvolvimento de competências, nas unidades de competência **(E.1.1; E.1.2; E.2.2; E.3.1; E.3.2; E.3.3; E.3.4)** nomeadamente no critério de avaliação **(E.1.1.5; E.1.1.6; E.1.2.8; E.2.2.2; E.2.2.3; E.3.1.1; E.3.2.1; E.3.2.2; E.3.2.5; E.3.3.2; E.3.4.1)** (Regulamento n.422/2018 de 12 de julho).

Uma vez que durante a consulta de enfermagem não era realizada uma avaliação do desenvolvimento infantil, com recurso a uma escala de avaliação, considerei pertinente, para o desenvolvimento de competências, definir como objetivo: **avaliar o desenvolvimento infantil de acordo com a escala de avaliação utilizada na USF durante a consulta de enfermagem.**

Durante a consulta de enfermagem apliquei a escala de avaliação do desenvolvimento infantil de Mary Sheridan modificada, tendo sido realizadas uma avaliação para cada estágio de desenvolvimento. Esta avaliação foi realizada no decorrer da consulta através da observação do comportamento da criança, da estimulação realizada com recurso aos brinquedos disponíveis na

sala de enfermagem e da entrevista aos pais. O registo dos parâmetros avaliados foi realizado em notas de enfermagem no sistema informático.

A avaliação do desenvolvimento infantil, na consulta de enfermagem, permite objetivar e compreender o nível do desenvolvimento da criança e se este se encontra dentro do expectável para a sua faixa etária. Esta avaliação serve como base orientadora da intervenção do EEESIP, seja na orientação dos pais para a estimulação da criança, seja na identificação precoce de alterações do desenvolvimento, que podem carecer de avaliação e intervenção especializada. Por exemplo, uma das crianças a qual foi realizada a avaliação do desenvolvimento tinha 6 meses de vida e, ao nível da postura e motricidade global, ainda não se sentava sem apoio, este dado foi analisado e foi compreendido que os pais não estimulavam o bebé a adotar essa posição. Os restantes parâmetros encontravam-se adquiridos. Os pais foram incentivados a sentar o bebé, e foi agendada uma nova avaliação de modo a monitorizar a aquisição desta competência.

A realização das atividades permitiu o desenvolvimento de competências, na unidade de competência **(E.3.1)**, nomeadamente, nos critérios de avaliação **(E.3.1.1; E.3.1.2; E.3.1.3)** (Regulamento n.422/2018 de 12 de julho).

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)

A UCIN foi um contexto desafiante, pela complexidade dos cuidados prestados, e pela minha in experiência profissional na área da neonatologia e cuidados intensivos. Este foi o contexto com a experiência de estágio mais reduzida, com um total de 6 turnos realizados.

Com o objetivo de potenciar as aprendizagens, e de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados, foi determinante ter como objetivo específico: **compreender quais os princípios e instrumentos utilizados na prestação de cuidados em neonatologia.**

Assim foi realizada uma observação das práticas e discussão com enf.^a orientadora sobre os princípios e instrumentos de cuidados em neonatologia, bem como pesquisa bibliográfica.

Neste âmbito, importa compreender que o recém-nascido (RN) possui características únicas e o avanço ao nível da evidência científica, nomeadamente, na área da neurogénese, demonstra que o desenvolvimento bio comportamental, e a saúde, são influenciados pela vivência de situações críticas. Assim, é de extrema importância atender às funções sensoriais do recém-nascido, e à qualidade do ambiente onde são prestados cuidados, de forma a responder adequadamente às necessidades neurobiológicas e fisiológicas do RN. Estas necessidades podem ser de nutrição, hidratação, neutralidade térmica, alívio e controlo da dor, sono, conservação de energia (Coughlin, 2016). Assim, surge o princípio da prestação de cuidados promotores do desenvolvimento, sendo esta a base da prestação de cuidados em neonatologia. A parentalidade, vinculação, parceria na prestação de cuidados ao RN, estratégias utilizadas na promoção da esperança, estratégias utilizadas no processo de luto, foram também temas discutidos com a enfermeira orientadora e o seu estudo, e discussão, permitiu-me, durante a prestação de cuidados, colocar em prática os conhecimentos teóricos aprendidos.

Durante a permanência neste contexto, foi também possível assistir a uma formação interna, realizada por uma enfermeira da unidade, sobre a temática dos posicionamentos no RN.

Contudo, considero que para a aquisição e desenvolvimento de competências, é essencial aliar o conhecimento teórico ao prático, pelo que um dos objetivos foi **colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados ao recém-nascido e família desenvolvendo competências de EEESIP.**

A primeira atividade realizada foi a observação da prestação de cuidados por uma enfermeira EEESIP. O primeiro turno realizado na unidade foi nos cuidados intensivos e os restantes na unidade de cuidados intermédios.

Durante a permanência na unidade de cuidados intermédios, realizei uma observação participante das atividades de enfermagem, tendo colaborado na prestação de cuidados ao recém-nascido e família. Um dos RN a quem prestei cuidados nasceu com 26 semanas, tendo permanecido ventilado de forma invasiva até ao 40º dia de vida, com *continous positive airway pressure* (CPAP)

desde o dia 40º até ao 71º dia de vida. Este RN tinha uma displasia broncopulmonar moderada e seria necessário manter suporte de oxigênio suplementar por sonda nasal no domicílio. Neste caso a respiração do RN era um elemento que gerava muita ansiedade nos pais. Foi importante trabalhar com esta família a esperança realista, esta esperança realista era trabalhada pela equipa multidisciplinar, sendo explicada a situação de saúde do RN e a debilidade do sistema respiratório, pelo que seria determinante a manutenção do oxigênio suplementar após a alta. Contudo era também trabalhada a esperança de que, no futuro e após o estudo de oximetrias, fosse possível retirar completamente este suporte. Era fomentada nos pais a esperança de um bebé sem necessidade de “tubos de oxigênio” (sic), mas de modo realista, pois não poderia ser uma realidade imediata e, para que fosse uma realidade futura, ainda existia um longo percurso pela frente. Outro dos aspetos trabalhados com esta família foi a promoção do contato físico com o RN, este encontrava-se numa incubadora sendo os pais incentivados a abrir a porta e tocar no RN quando este se encontrava desperto. Era promovido o método canguru, e também a amamentação, quando o estado respiratório do bebé permitia tolerar o esforço da alimentação. Todos estes cuidados eram negociados com os pais, a avaliação do estado do bebé, do seu cansaço quando era alimentado, da forma como reagia ao toque dos pais e aos estímulos, de modo a não cansar demasiado o RN. Esta negociação promovia a parentalidade, funcionava como uma preparação para a alta que era feita de modo contínuo e de forma consistente. Existe na unidade uma folha de preparação para a alta, onde constam os cuidados de que o RN necessita, na qual os pais fazem a sua auto avaliação na prestação desses cuidados, com o objetivo de alcançar a autonomia.

A realização das atividades permitiu o desenvolvimento de competências, nas unidades de competência **(E.3.2)**, nomeadamente, nos critérios de avaliação **(E.3.2.1; E.3.2.2; E.3.2.3; E.3.2.4; E.3.2.5; E.3.2.6)** (Regulamento n.422/2018 de 12 de julho).

Unidade de internamento de infeciologia, nefrologia e gastroenterologia pediátrica

O terceiro contexto de estágio foi o internamento de pediatria que comporta três especialidades médicas, nomeadamente, infeciologia, nefrologia e gastroenterologia pediátrica. Este foi um contexto onde são prestados cuidados a crianças em situação de doença aguda com necessidade de internamento, mas, maioritariamente, a crianças com doença crónica.

Neste contexto vivencia-se um ambiente de grande proximidade entre a equipa multidisciplinar as crianças e famílias, sendo evidente, na prestação de cuidados, que estes são cuidados centrados na família, sendo caracterizados pela dignidade e respeito, pela partilha de informação, pela participação e a colaboração da família nos cuidados (Institute for Patient and Family Centered Care, 2017).

O método de trabalho utilizado nesta unidade é preferencialmente o método de enfermeiro de referência, no qual o enfermeiro mantém a prestação de cuidados a determinadas crianças e famílias, promovendo a continuidade nos cuidados prestados com investimento na relação terapêutica. Contudo, de modo a fazer uma gestão eficaz do tempo, dos cuidados a prestar, e devido ao rácio de enfermeiros desajustado, era necessário utilizar a metodologia de trabalho à tarefa.

Um dos objetivos deste contexto foi **integrar a equipa de enfermagem na prestação de cuidados às crianças e famílias internadas desenvolvendo competências de EEESIP.**

Como atividades, realizei uma observação da prestação de cuidados do EEESIP. Colaborei na prestação de cuidados às crianças internadas durante o período de estágio, mantendo a metodologia de trabalho de enfermeiro de referência.

Durante a prestação de cuidados a uma adolescente de 13 anos, foi possível trabalhar diversas áreas de competência do EEESIP. A prestação de cuidados assenta no princípio da negociação e da parceria, sendo para isto determinante a comunicação com a adolescente e família. Esta comunicação é utilizada com mestria, e tem como finalidade motivar e capacitar a adolescente,

e família, para a gestão eficaz do seu processo de doença e adoção de comportamentos potenciadores de saúde. A título de exemplo, era necessário estimular a ingestão hídrica da adolescente que era muito renitente em beber água, sendo a mãe a responsável pelo reforço hídrico no domicílio. Foi trabalhado com esta jovem, a importância da ingestão hídrica no seu contexto de saúde, sendo a própria estimulada a identificar os benefícios deste comportamento e os malefícios da não ingestão hídrica. Foi negociado com ela a quantidade de líquidos a ingerir em cada período do dia, e quando cumpria de forma autónoma era elogiada e motivada a continuar. Este trabalho de promoção da autonomia foi feito em parceria com a mãe. Posteriormente esta adolescente carecia de acompanhamento no domicílio para continuidade de cuidados, pelo que foi referenciada à equipa da Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD), podendo dessa forma ter alta hospitalar e continuando a ter seguimento pela equipa multidisciplinar.

Este foi um simples exemplo de uma intervenção de enfermagem prestada sobre orientação do EEESIP e que se enquadra na unidade de competência **(E.1.1)**, nomeadamente, nos critérios de avaliação **(E.1.1.1; E.1.1.2; E.1.1.3; E.1.1.4; E.1.1.5; E.1.1.7)** (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

De modo a diminuir os tempos de internamento, o serviço possui a valência de hospital de dia. Um dos objetivos neste contexto foi **colaborar na prestação de cuidados na valência de hospital de dia, desenvolvendo competências de EEESIP**.

O hospital de dia está situado no serviço de internamento, e neste são realizados tratamentos como: administração de terapêutica endovenosa, colheitas de sangue, avaliação ponderal da criança, são colocados dispositivos como sondas naso gástricas, e é realizada também a consulta de enfermagem de obstipação.

Como atividade foi possível observar a prestação de cuidados por parte de uma EEESIP e colaborar na prestação de cuidados a uma criança de 13 anos de idade. Esta criança é seguida pela especialidade de gastroenterologia e tem também seguimento no âmbito da consulta de enfermagem de

obstipação. Inicialmente, foi realizada uma avaliação ponderal da criança, durante a qual ela referiu que: “este problema na barriga faz-me ter vergonha, não é uma coisa normal, não falo disto com as minhas amigas” (sic). Esta partilha de sentimentos foi trabalhada juntamente com a mãe, de modo a promover a expressão de sentimentos e criar estratégias de *coping* para gerir estes sentimentos negativos. Foi promovida a esperança de que esta é uma situação de saúde que tem um tratamento, sendo esta uma fase transitória, na qual, uma equipa alargada de profissionais está a trabalhar no sentido de alterar a sua situação de saúde. Posteriormente, foi realizada uma avaliação conjunta com a mãe sobre a alteração dos hábitos alimentares, com a estimulação da introdução de legumes nas refeições diárias e reforço da ingestão hídrica. Foi também realizado o ensino sobre regulação do padrão intestinal, com algumas técnicas para incentivar as idas à casa de banho após as refeições.

Este trabalho de avaliação, negociação, definição de estratégias, mudança de hábitos e rotinas, em parceria com a mãe e a adolescente, permitiu trabalhar unidades de competência como **(E.1.1; E.1.2; E.2.5; E.3.4)**, nomeadamente, nos critérios de avaliação **(E.1.1.1; E.1.1.2; E.1.1.3; E.1.1.4; E.1.1.5; E.1.2.1; E.1.2.8; E.2.5.2; E.3.4.1; E.3.4.3; E.3.4.4; E.3.4.5)**.

Ainda neste contexto, foi possível definir como atividade a **participação no Seminário no âmbito do 13º Curso de Pós Licenciatura de Enfermagem de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pela ESSCVP**. Este seminário teve como tema "As Novas Conceções em Saúde Infantil e Pediátrica", a duração do mesmo foi de dois dias, nos quais foram tratados temas como as terapias alternativas, o reiki e a hipnose. Foram discutidos os desafios da alimentação infantil, com a abordagem de temas como a alergia alimentar, o treino de competências oro-motoras e o *baby led weaning*. Ao nível da criança e adolescente, foram temas o afeto nos cuidados de enfermagem, os novos modelos de família, os comportamentos agressivos em contexto escolar, e por fim, os desafios na comunidade, onde foi explorada a intervenção do enfermeiro nas escolas e no domicílio.

A realização de formação teórica durante este percurso permitiu trabalhar a unidade de competência **(E.2.4)**, nomeadamente, nos critérios de avaliação **(E.2.4.1; E.2.4.2; E.2.4.3)** (Regulamento n.422/2018 de 12 de julho).

Urgência de Pediatria

A urgência de pediatria é, para mim, um contexto familiar, tendo desenvolvido, durante três anos, a minha atividade profissional nesta área.

Retornar a este serviço representou um desafio, sendo necessário reinventar-me, e perspetivar a prestação de cuidados sobre a lente do enfermeiro especialista. Durante o estágio foi possível a prestação de cuidados nos diferentes postos, nomeadamente, triagem, sala de tratamentos, sala de reanimação, sala de pequena cirurgia e serviço de observação.

Assim, um dos objetivos foi **integrar a equipa de enfermagem na prestação de cuidados a crianças e famílias, desenvolvendo competências de EEESIP.**

Quando uma família recorre ao serviço de urgência, para além de uma situação de doença aguda ou descompensação de uma patologia crónica, está também a vivenciar um momento emocionalmente intenso. Os autores descrevem que uma das experiências potencialmente traumáticas para a criança, está relacionada com um processo de hospitalização de urgência, que não permite que os pais possam estar preparados para este evento e, consequentemente, preparar de modo adequado a criança (Diogo, *et al.*, 2015). Os enfermeiros devem estar atentos a este facto e intervir, promovendo um ambiente de cuidados seguro e afetuoso, prestando cuidados não traumáticos.

O primeiro contato com o serviço de urgência acontece no momento da triagem, é aqui que é avaliada a situação de saúde da criança / jovem de acordo com sistema de triagem de Manchester, sendo atribuída uma prioridade de observação. Para mim, este é um dos postos de maior responsabilidade, que exige o conhecimento de um enfermeiro perito (Benner, 2001) para a rápida e correta avaliação da situação de saúde da criança. Este é um local de acrescida responsabilidade, pois existe uma grande exigência no saber teórico, mas, exige também, competências enquanto gestor emocional.

Assim, como atividades para alcançar o desenvolvimento de competências como EEESIP, realizei pesquisa bibliográfica e estudo sobre doenças comuns e patologias raras, pois este é um hospital de referência onde são prestados cuidados a diversas crianças com doenças raras. Esta atividade permitiu a aquisição de conhecimentos e desenvolver a unidade de competência “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.” Contudo, no momento da triagem, é necessário identificar de forma rápida, e eficaz, situações de instabilidade, de modo intervir de forma adequada. Neste âmbito, foi importante rever o estudo sobre fármacos de urgência, suporte básico, imediato e avançado de vida. Desta forma, foi possível trabalhar a unidade de competência “E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.” Ainda relacionado com esta unidade de competência, este estágio ficou marcado por uma experiência na prestação de cuidados que foi alvo de uma reflexão sobre a prática (Apêndice XX). Esta situação diz respeito a um lactente internado no serviço de observação com o diagnóstico médico de bronquiolite aguda, no qual se verificou um agravamento da dispneia com necessidade de transferência para uma unidade de cuidados intensivos. Durante a colaboração na prestação de cuidados a esta criança, e família, foram utilizadas estratégias comunicacionais de modo a facilitar a comunicação expressiva de emoções. Esta forma de intervenção, mobilizando o conhecimento científico e atendendo às emoções humanas (Watson, 2012), permite o desenvolvimento de competências como **(E.1.1, E.1.2, E.3.3)**, sem nunca esquecer como alvo de cuidados a família da criança, pois esta vivência também um processo de ansiedade e desorganização, sentindo-se por vezes insegura na prestação de cuidados à criança e necessitando de apoio e suporte por parte dos enfermeiros (Jorge, 2004).

No contexto de urgência, mais do que aprofundar as competências no cuidado técnico, importa realçar a aprendizagem sobre a gestão emocional realizada com dupla centralidade, pois tornei consciente a gestão das minhas próprias emoções e geri também, de forma intencional, as emoções da família.

Não é possível entender os cuidados de enfermagem sem entender a dimensão emocional que lhe está subjacente e a mestria em gerir emoções, é uma das características do enfermeiro perito (Benner, 2001).

Porém, importa referir que uma aprendizagem global, neste contexto, foi de que a intervenção do especialista se diferencia pela intencionalidade na forma como o cuidado é prestado, atendendo a múltiplas dimensões numa só intervenção. Uma intervenção recorrente, como a punção venosa, quando realizada por um enfermeiro especialista, abrange dimensões como a comunicação, parceria, negociação, gestão farmacológica e não farmacologia da dor, gestão das emoções, promoção da adaptação à situação de doença e a capacitação da criança para a criação de mecanismos de *coping*, por exemplo. Estas são intervenções de enfermagem que se enquadram nas unidades de competência do EEESIP, e que são desenvolvidas, e aprimoradas, na prestação de cuidados diária, almejando o nível de enfermeiro perito nesta área do cuidar (Benner, 2001).

O serviço de urgência, é um contexto desafiante pela diversidade de cuidados que são prestados, pela complexidade técnica, pela emocionalidade intensa vivida pelos profissionais, crianças e famílias. Durante este percurso foi possível trabalhar unidades de competência como (E.1.1; E.1.2; E.2.1; E.2.2; E.2.3; E.2.5; E.3.3; E.3.4), nomeadamente, nos critérios de avaliação (E.1.1.1; E.1.1.2; E.1.1.3; E.1.1.4; E.1.1.5; E.1.2.1; E.1.2.2; E.1.2.3; E.1.2.4; E.1.2.6; E.1.2.7; E.1.2.8; E.2.1.1; E.2.1.2; E.2.2.1; E.2.2.2; E.2.2.3; E.2.3.2; E.2.5.2; E.3.3.1; E.3.3.2; E.3.3.3; E.3.4.1; E.3.4.4) (Regulamento n.422/2018 de 12 de julho).

Centro de reabilitação de paralisia cerebral (CRPC)

O centro de reabilitação de paralisia cerebral foi o quinto contexto de estágio, sendo o segundo na comunidade. Este está localizado na área da grande Lisboa, sendo um centro de referência especializado nos cuidados à criança e adulto com paralisia cerebral. É composto por uma vasta equipa multidisciplinar, nomeadamente, uma equipa de enfermagem, terapeutas ocupacionais e da fala, fisioterapeutas, psicólogos, educadoras, assistentes sociais e também uma equipa médica. Quando a criança é proposta para

seguimento neste centro, existe uma reunião multidisciplinar, na qual, a criança é avaliada e é estabelecido o plano de intervenção, sendo que a finalidade dos cuidados é potenciar as capacidades da criança.

Um dos objetivos deste contexto foi **integrar a equipa de enfermagem na prestação de cuidados às crianças e famílias no CRPC, desenvolvendo competências de EEESIP.**

De forma a alcançar este objetivo, realizei uma observação da prestação de cuidados por parte da enfermeira orientadora. Colaborei na prestação de cuidados. Um dos momentos em que prestei cuidados foi na intervenção com um adolescente de 14 anos com uma paralisia cerebral espástica, acompanhado pela mãe, que, após ser observado pela equipa de ortopedia, necessitava de remover o gesso do membro inferior esquerdo. O material foi previamente preparado, e quando o adolescente entrou na sala de enfermagem foi apresentado a toda a equipa. Vinha sentado na sua cadeira de rodas onde quis permanecer durante a remoção do gesso. O procedimento foi explicado utilizando uma comunicação adequada ao nível de compreensão do adolescente, foram mostrados os materiais a utilizar e foi permitido o seu manuseamento. Foi ligada a serra de remoção do gesso para que pudesse ouvir o som e tocar na lâmina, reduzindo assim o medo e ansiedade prévios ao procedimento. A mãe permaneceu junto do adolescente, tendo sido incentivada a dar-lhe a mão e orientada, juntamente com ele, a realizar exercícios de relaxamento respiratório, de modo a promover o relaxamento corporal e aliviar a tensão muscular. Foi utilizada a técnica de distração, tendo sido abordados temas da preferência do adolescente como o desporto. Após a remoção do gesso o medo continuava presente, o adolescente tinha medo de fazer movimentos de extensão e rotação do pé. Foi solicitado o apoio do seu fisioterapeuta, com quem tem uma estreita ligação de confiança, e foram realizados alguns exercícios, e dadas orientações, para que em casa, a mãe, pudesse replicar potenciando assim uma recuperação efetiva da mobilidade.

Este foi um exemplo de uma intervenção multidisciplinar na qual foram trabalhadas unidades de competência como a **(E.1.1; E.1.2; E.2.2; E.2.5; E.3.3; E.3.4)**, nomeadamente, os critérios de avaliação **(E.1.1.1; E.1.1.2;**

E.1.1.3; E.1.1.4; E.1.1.5; E.1.2.1; E.1.2.2; E.2.2.3; E.2.5.2; E.3.3.1; E.3.3.2; E.3.3.3; E.3.4.1) (Regulamento n.422/2018 de 12 de julho).

Uma das competências descritas no regulamento de competências do EEESIP é que este “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.”, nomeadamente, “E1.2.2. Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.” Contudo, para encaminhar de forma adequada, importa conhecer as áreas de intervenção de cada profissional. Sendo o centro um contexto de grande proximidade entre os membros da equipa multidisciplinar, foi pertinente definir como objetivo: **conhecer a intervenção da equipa multidisciplinar do centro de reabilitação de paralisia cerebral**, nomeadamente, psicólogos, terapeutas da fala e ocupacionais, fisioterapeutas, educadoras de infância na unidade de técnicas aumentativas e alternativas da comunicação (UTAAC) e também do núcleo de intervenção precoce na infância (NIPI).

De modo a atingir este objetivo, foi discutido com a enfermeira orientadora quais os profissionais que gostaria de acompanhar em intervenção. Solicitei aos profissionais se poderia estar presente, tendo todos colaborado no meu processo de formação. Foi interessante acompanhar a mesma criança nas diferentes terapias. Desde o acompanhamento em psicologia, onde são utilizados jogos como forma de expressar emoções, de entender o certo e o errado, e de ajudar a criança a identificar os seus mecanismos de *coping*, ou até, a criar esses mecanismos. Pude também acompanhar uma sessão de natação adaptada, onde são trabalhados, com o fisioterapeuta, a amplitude de movimentos, coordenação, concentração, autonomia, confiança, gestão da ansiedade, gestão do medo, cumprimento de ordens simples e onde é estimulado o brincar como atividade promotora do desenvolvimento. Com os profissionais da terapia da fala eram trabalhadas questões de dicção e de alimentação. Foi para mim enriquecedor poder conversar com os pais, e os próprios reconhecerem os progressos ao nível da comunicação e como esse progresso tem impacto na relação e na parentalidade. Ao nível da alimentação, ensinar os pais como podem ajudar a criança a alimentar-se, doseando quantidades ajustando consistências. É interessante ver como o trabalho

destes profissionais se cruza com o trabalho de enfermagem e como se complementa, principalmente, em áreas como a nutrição. O trabalho das terapeutas ocupacionais é um trabalho onde é utilizado o brincar como forma de desenvolvimento de competências. O aprender a contar por exemplo, o treino da motricidade fina como a pinça ou o pegar no lápis. Também nesta área de intervenção é interessante a forma como os pais são envolvidos e ensinados a estimular o desenvolvimento dos seus filhos no domicílio. Na UTAAC, foi desenvolvido, em parceria, um livro de comunicação aumentativa e alternativa, como referi anteriormente. Foi interessante compreender os materiais que existem atualmente e que facilitam a comunicação com as crianças, e como essa comunicação eficaz entre crianças, e pais, fortalece a relação e potencia o desenvolvimento da criança e da parentalidade. No NIPI, é trabalhada a estimulação da criança, tendo esta equipa, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais e educadoras. Este é um núcleo agregador de diversos elementos da equipa multidisciplinar, onde um grupo de crianças é estimulado, promovendo o contacto entre pares e a relação em grupo.

O enfermeiro surge nesta equipa como um elemento que pode intervir de forma autónoma, ou em parceria, com qualquer um destes profissionais. Importa também evidenciar o papel dos assistentes sociais, que mobilizam os recursos existentes de forma a facilitar o acesso a materiais de apoio, que são essenciais para o bem-estar destas crianças e para a promoção da sua autonomia.

Consulta Externa de Pediatria

A consulta externa de pediatria foi o último contexto de estágio, sendo um contexto agregador das aprendizagens adquiridas durante este percurso de desenvolvimento de competências.

Este é um contexto desafiante e complexo no qual são prestados cuidados à criança, e família, com doença crónica. Na Carta da Criança Hospitalizada está descrito que “a admissão de uma criança no hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser

prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia” (IAC, 2009, p.11). Assim, os cuidados são prestados em regime de ambulatório e também no domicílio, com a finalidade de promover a maximização da saúde da criança facilitando a adaptação à doença e potenciando o desenvolvimento.

Sendo o meu contexto de trabalho, selecionei para o desenvolvimento de competências consultas de enfermagem específicas onde pudesse colocar em prática os conhecimentos teóricos aprendidos, e ser um agente de mudança no seio da minha própria equipa, uma vez que essa é uma competência comum do enfermeiro especialista **(D2.1; D2.2; D2.3)** (Regulamento n.140/2019 de 6 de fevereiro).

A avaliação do desenvolvimento infantil é de extrema importância, e no contexto de consulta de enfermagem, importa fazer esta avaliação de modo sistematizado e cientificamente fundamentado, com recurso a instrumentos de avaliação validados e recomendados pelo Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013). Assim, um dos objetivos para este contexto foi **implementar a utilização da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada.**

Na consulta externa de pediatria são realizadas consultas de enfermagem em diversas especialidades, nomeadamente, na área da neonatologia e saúde infantil. Estas duas consultas possuem como denominador comum a importância da avaliação do desenvolvimento das crianças. Durante a consulta de enfermagem é realizada uma avaliação das competências da criança, mas não era utilizada nenhuma escala de avaliação, nem era registada de modo sistemático essa avaliação, o que dificultava a continuidade na avaliação do desenvolvimento.

Assim, uma das atividades planeadas foi realizar uma sessão de formação sobre a escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan modificada à equipa de enfermagem (Apêndice XXI). Foi criada uma caixa com materiais para a avaliação do desenvolvimento com os itens preconizados na escala de avaliação de Mary Sheridan modificada. Após a sessão de formação foi apresentada a caixa com os materiais e com a escala, de modo a que este

instrumento pudesse ser utilizado nas consultas, nomeadamente, nas consultas de enfermagem de neonatologia e saúde infantil.

Relativamente aos registos de enfermagem, estes são fundamentais para a continuidade dos cuidados e também para a quantificação real das intervenções e avaliação dos resultados de enfermagem. Atualmente, a avaliação do desenvolvimento era realizada em texto livre, não existindo nenhuma intervenção no sistema relacionada com a avaliação do desenvolvimento. Contudo, ao longo deste percurso de aprendizagem, foi possível compreender que existem sistemas de registos informáticos, nos quais a escala se encontra integrada e permite a utilização da linguagem CIPE 2® com a formulação do diagnóstico, intervenção e avaliação. Foi elaborada, em conjunto com a enfermeira orientadora, uma carta explicativa da necessidade da integração desta intervenção no sistema de registos da Glintt, que no final do estágio se encontrava em análise por parte da equipa do sistema informático (Apêndice XXII).

Outros dos objetivos definidos para este contexto de estágio foi **colaborar na prestação direta de cuidados à criança, e família, em contexto domiciliário, através UMAD, desenvolvendo competências de EEESIP.**

A UMAD surge de uma colaboração com a Fundação do Gil e está integrada na consulta externa de pediatria, funciona quatro dias por semana com visitas domiciliárias programadas de acordo com as necessidades de cuidados e vigilância das crianças. Estas visitas são realizadas pela equipa de enfermagem, existindo a metodologia de trabalho de enfermeiro de referência. Quando necessário são realizadas visitas conjuntas com médica e assistente social. Esta equipa funciona em articulação com as equipas de cuidados de saúde primários. A finalidade da UMAD é de manter a vigilância e apoio domiciliário à criança, com doença crónica, que carece de apoios técnicos e terapêuticos no domicílio, sendo trabalhada a capacitação da família no cuidado à criança e a reintegração da criança e família na comunidade, existindo por vezes ações de articulação com as escolas.

Uma vez que este é o meu contexto de trabalho, enquanto enfermeira de cuidados gerais já desenvolvia intervenções no acompanhamento de crianças

no domicílio. Contudo, para o desenvolvimento de competências como EEESIP, foi pertinente observar e colaborar na prestação de cuidados com uma enfermeira especialista.

Foram realizadas duas visitas de acompanhamento. A primeira visita de acompanhamento, para continuidade de cuidados, foi realizada no âmbito da UMAD Paliativos. A visita foi realizada no infantário, sendo o alvo de intervenção o J. e também as educadoras escolares. Esta visita foi descrita e alvo de reflexão (Apêndice XXIII), pois o cuidar da criança com doença crónica complexa de mau prognóstico, obriga à existência de competências especializadas de forma a dar resposta adequada às necessidades da criança, família e outros cuidadores.

A segunda visita foi realizada no âmbito da UMAD, e tratou-se do culminar de um trabalho de parceria estabelecido entre a equipa, o adolescente e a sua mãe. Este adolescente tem uma doença metabólica e, devido às alterações na sua alimentação, e ausências prolongadas por internamentos, os colegas na escola não entendem a sua patologia, originando uma dificuldade de integração no grupo, na aceitação da doença e adesão à terapêutica em ambiente escolar. Esta visita conjunta com a equipa médica, em articulação com a escola, teve como finalidade realizar uma sessão de formação aos colegas de turma e professores sobre a patologia do M. Na presença dele, e da mãe, foram partilhadas algumas informações sobre a sua história clínica e existiu um espaço para esclarecimento de dúvidas. Esta proximidade da equipa hospitalar, e a possibilidade de intervenção no contexto escolar, “E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”. Esta atividade permite também trabalhar a unidade de competência “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. “E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.”

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS

Aprender ao longo da vida, é a premissa máxima que me cativou sempre na profissão de enfermagem. O desconforto do questionamento e o interesse em querer saber mais, para poder cuidar melhor do outro, foi a motivação para ingressar nesta desafiante caminhada de 18 meses.

Durante este percurso tive a oportunidade de repensar a minha concepção de enfermagem, identificando-me profundamente com a visão da teórica Jean Watson que, na sua teoria do cuidar humano, nos fala em cuidados emocionalmente sensíveis, prestando um cuidado holístico, humano e digno. Acredito que a enfermagem é uma profissão com alicerces numa disciplina do conhecimento que tem o dever de ser praticada com expertise, não só na vertente técnica, mas também na vertente emocional, porque somos humanos e os humanos são seres movidos por emoções.

O cuidar não pode ser indiferente às emoções humanas, pois é inegável que quem cuida, e quem é cuidado, partilham vivências emocionalmente intensas que devem ser geridas de forma intencional, de modo a contribuir para o equilíbrio emocional e fortalecer a relação de parceria na prestação de cuidados. Também neste percurso de aprendizagem, o Modelo de Trabalho Emocional em Pediatria foi o alicerce para a construção do meu pensamento e um modelo de intervenção para a prestação de cuidados não traumáticos. A operacionalização deste modelo permite planejar intervenções específicas na gestão dos medos das crianças, relacionados com a realização de procedimentos dolorosos e, permite também, realizar uma sustentação teórica da importância das intervenções em cada uma das cinco categorias de intervenção, conferindo assim visibilidade aos cuidados de enfermagem prestados às crianças e famílias.

O percurso formativo, descrito no presente relatório, teve por base uma metodologia reflexiva, para, na e sobre a ação. Esta opção metodológica permitiu-me transformar e consolidar o conhecimento, tornando conscientes muitas das intervenções que já realizava na prática.

O desenvolvimento das competências comuns e específicas como EEESIP, surge como consequência deste percurso de aprendizagem que me permitiu conhecer diferentes contextos da área da pediatria, e ter a

oportunidade de prestar cuidados em todos eles, aliando o saber teórico com o saber experimental. Considero que os objetivos definidos foram atingidos, tendo sido adaptados a cada contexto e vivência.

O que levo desta experiência é uma enfermagem mais humana e mais desafiante, porque o conhecimento transformou a minha prática de cuidados e no final deste percurso considero que tenho todas as ferramentas para poder, todos os dias, intervir de forma diferenciada e cuidar melhor das crianças e famílias.

Este foi o final de um ciclo e o início de outro tão ou mais desafiante, porque o saber traz com ele a responsabilidade de ser um agente de mudança e de referência nas práticas. Como projetos futuros, almejo continuar a promover a prestação de cuidados não traumáticos, sendo minha intenção a publicação de um artigo sobre a operacionalização do modelo do TEEP no contexto de consulta externa de pediatria, pois acredito que a mudança surge através da partilha. Pretendo também publicar o livro “O panda com medo mas sem dói-dói” por acreditar que poderá ser uma ferramenta facilitadora da preparação para procedimentos dolorosos e prestação de cuidados não traumáticos.

No meu contexto de trabalho, vou continuar a desenvolver a minha actividade, intervindo agora de forma especializada, mantendo como áreas de intervenção privilegiadas, a adaptação da criança e família à doença crónica e a avaliação do desenvolvimento infantil.

Ao nível académico, gostaria de continuar a desenvolver o conhecimento na área dos cuidados não traumáticos, pois considero que existe um grande conhecimento teórico sobre este tema, mas existe uma grande dificuldade nos contextos de operacionalização do conceito, não basta saber é preciso saber fazer, e modelos como o modelo TEEP são uma forma de saber como prestar cuidados não traumáticos de forma estruturada. Gostaria também, a curto prazo, de ingressar numa pós graduação em cuidados paliativos pediátricos, pois considero que existe uma lacuna na formação nesta área que se encontra em expansão na pediatria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Rua, I. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14 (3), 373-378.
- Basto (2009). Investigação sobre o cuidar de Enfermagem e a construção da disciplina: Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 13 (2), 11-18.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bento, A. M. V. (2011). *As etapas do processo de investigação: do título às referências bibliográficas*. Porto: Figueirinhas.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (2015). *Metodologia da investigação: guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carta da criança hospitalizada / Instituto de Apoio à Criança. Humanização dos serviços de atendimento à criança. - Lisboa: IAC, 1998. - 9 P.: il; 22 p. ISBN 972-8003-14-5
- Coughlin, M. (2016). Trauma-Informed Care in the NICU. Evidence-based practice guidelines for neonatal clinicians. New York, United States of America: Springer Publishing Company.
- Damásio, A. (2001). *O Sentimento de Si: o Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência* (13.^a ed.). Mem Martins: Publicações Europa.
- Damásio, A. (2003) *Ao encontro de Espinosa: As emoções Sociais e a Neurobiologia da Consciência* (13^a edição). Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Diogo, P. (2006) A vida emocional do Enfermeiro - *Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados* (1^a edição). Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2015). Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar (2^o ed.). Loures: Lusociência.

- Diogo, P. (2017). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: proposta de um Modelo orientador da prática. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321193769_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_proposta_de_um_Modelo_orientador_da_pratica Emotional Labour of Paediatric Nursing a propose Model for practice guidance
- Diogo, P. (2018). Emotional Labour in Paediatric Nursing: a propose Model for practice guidance, BMC Health Services Research 2018, 18(Suppl 2):P8.<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3444-8>
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2.^a versão revista). doi:10.13140/RG.2.2.16091.31528
- Diogo, P., Vilelas, J., Lucas, I., Santiago, D., Xavier, S., Rodrigues, J., (...) Prudêncio, A. (2017) *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem: Projeto Multiestudos* (1^a edição). Loures: Lusodidata.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13, 43-51.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26–47.
- Direção Geral da Saúde (2018). Boletim – Programa nacional de vacinação. Acedido em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao/avaliacao-pnv.aspx>
- Felluga, M., Rabach, I., Minute, M. et al. (2016) A quasi randomized-controlled trial to evaluate the effectiveness of clowntherapy on children's anxiety and pain levels in emergency department. *European Academy of Paediatrics*. 175-645. <https://doi.org/10.1007/s00431-015-2688-0>

Hochschild, A. R. (1983) *The managed heart*. Berkeley: University of California Press.

Institute for Patient and Family Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals*. Bethesda: IPFCC. Disponível em: http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf

Instituto de Apoio à Criança (2009). *Anotações Carta da Criança Hospitalizada*. (2ª ed.). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Consultado em 05/01/2018, disponível em: http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/anotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf.

Instituto de Apoio à Criança (2009). *Anotações Carta da Criança Hospitalizada*. (2ª ed.). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Consultado em 05/01/2018, disponível em http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/anotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf.

JBÍ (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015. Methodology for JBÍ*

Jorge, A. (2004). *Família e hospitalização da criança – (re)pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.

Karlsson, K., Englund, A. C., Enskär, K., & Rydström, I. (2014). Parents' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 9, 23759. doi:10.3402/qhw.v9.23759

Kéroutac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (2002). *El pensamiento enfermero* (3ª ed.). Barcelona: Masson: Elsevier España.

Kolb, D. (1984). *Experimental learning*. New Jersey: Prentice-Hall.

Lerwick J. L. (2016). Minimizing pediatric healthcare-induced anxiety and trauma. *World journal of clinical pediatrics*, 5(2), 143–150. doi:10.5409/wjcp.v5.i2.143

- McMurtry, C. M., Noel, M., Chambers, C. T., & McGrath, P. J. (2011). Children's fear during procedural pain: Preliminary investigation of the Children's Fear Scale. *Health Psychology*, 30(6), 780-788.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0024817>
- Meleis, A. I. (2010). Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company.
- Ollendick, T. H., & King, N. J. (1991). Origins of childhood fears: An evaluation of Rachman's theory of fear acquisition. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 117-123.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pgceesaudecriancajovem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Caderno OE, série I, nº 6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010) Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento em pediatria. *Pensar Enfermagem*. (14)1 pp. 24-36
- Pinto, J. P., Ribeiro, C. A., Pettengill, M. M., & Balieiro, M. M. F. G. (2010). Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 63(1). 132-135.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744 – 4750.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.^a série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 – 19194.

Sanders, J. (2014). *Capítulo 26: Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização* (p.1025-1060) in M. Hockenberry & D. Wilson (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (A. P. Fonseca, Trad.) (9^a Ed), Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th Edition, 2011, Missouri: Mosby Elsevier).

Schön, D. A. (2000) Educando o profissional reflexivo – um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artmed.

Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la aprendizaje en las profissõeses*. Barcelona: Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia y Ediciones Paidós Ibérica.

Scoping Reviews. Australia: The Joanna Briggs Institute. Disponível em:http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBIScoping-Reviews_2015_v2.pdf

Smith, P. (1992). *The Emotion Labour of Nursing*. Houndmills: Macmillan.

Smith, P. (2012). *The Emotional Labour of Nursing Revised*. Palgrave Macmillan.

Smith, P. (2012). *The Emotional Labour of Nursing Revised*. Palgrave Macmillan.

Stoltz, P., Manworren, R. (2017) Comparison of Children's Venipuncture Fear and Pain: Randomized Controlled Trial of EMLA® and J-Tip Needleless Injection System®. *Journal of Pediatric Nursing*, 37, 91-96. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.08.025>.

Watson, J. (1999). *Nursing: Human Science and Human Care*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.

Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing (2nd ed.)*.
London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

APÊNDICES

Apêndice I - Cronograma de atividades de estágio

Mês	SET	OUT					NOV				DEZ				JAN				FEV	
Contextos	23 30	1 7	8 14	15 21	22 28	29/10 4/11	5 11	12 18	19 25	26/11 2/12	3 9	10 16	17 23	24 30	31/12 6/1	7 13	14 20	21 27	28/1 3/2	4 10
USF														Férias de Natal						
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais																				
Internamento Infecçciologia, Gastroenterologia e Nefrologia																				
Urgência de Pediatria																				
Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral																				
Consulta externa de pediatria																				

Apêndice II – Descrição dos contextos de estágio

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

O percurso de estágio desenvolvido na Unidade de Saúde Familiar (USF) teve a duração de 75 horas de estágio, esta unidade integrada na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, fazendo parte do ACES Estuário do Tejo.

A equipa da USF é constituída por 11 médicos, 10 enfermeiras, das quais duas são EEESIP e 8 secretárias clínicas. Esta unidade tem como metodologia de trabalho o enfermeiro de família, sendo que, a todas as famílias está atribuído um enfermeiro, um médico e um secretário clínico de referência, o que permite a continuidade de cuidados e a construção de uma relação de confiança entre os elementos da família e os profissionais de saúde.

Fisicamente a USF funciona num edifício adaptado composto por dois pisos, sendo que no primeiro piso são realizadas as consultas de saúde infantil, saúde materna e planeamento familiar, dispondo também de uma sala de vacinação. Todas as salas destinadas à permanência de crianças estão decoradas com painéis de com desenhos e dispõem de brinquedos, livros e também alguns jogos. No piso inferior, são realizadas consultas de vigilância no âmbito da diabetes, medicina geral e familiar e possui também uma sala de tratamentos.

No que respeita ao programa de saúde infantil e juvenil, são realizadas as consultas de vigilância nas idades recomendadas e é realizada pela equipa de enfermagem uma visita domiciliária ao recém-nascido, até ao 15º dia de vida, realizada preferencialmente pela enfermeira de família com o objetivo de avaliar a dinâmica familiar, promover e capacitar os pais para os cuidados ao recém-nascido.

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

O percurso de estágio desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais teve a duração de 50 horas de estágio. A unidade está situada na região de Lisboa e é composta por três valências, sendo que somente duas delas se encontravam em funcionamento durante a minha permanência neste contexto.

A primeira valência diz respeito à unidade de cuidados intensivos, onde existe capacidade para cuidar de 8 recém-nascidos que se encontram em estado crítico apresentando instabilidade hemodinâmica e/ ou respiratória. Esta unidade, têm apoio diferenciado nas áreas da prematuridade, Metabólicos, Endócrinos, Ortopedia,

Neurologia, Neurocirurgia, Cirurgia geral, ORL, Nefrologia, Hematologia. Como área de destaque nesta unidade são realizadas intervenções diferenciadas como a hipotermia induzida, monitorização da função cerebral, preparação para ECMO, Óxido nítrico, Cirurgia cardíaca *minor* é também o centro de referência para o tratamento de crianças com hérnias diafragmáticas e de neurocirurgia.

A segunda valência é a unidade de cuidados intermédios, na qual existe capacidade para receber 10 recém-nascidos que não tenham necessidade de suporte ventilatório. O terceiro espaço que se encontrava encerrado por falta de recursos humanos é a unidade de pré saída que teria capacidade para receber 4 recém-nascidos que estariam a terminar o processo de aquisição de autonomia alimentar e onde era trabalhada a capacitação dos pais para os cuidados ao recém-nascido e preparação para a alta. Na ausência desta terceira valência os recém-nascidos permanecem na unidade de cuidados intermédios ou são transferidos para outros serviços dentro da unidade hospitalar até poderem ter alta para o domicílio.

Ao nível da equipa de enfermagem esta é composta por 35 elementos, dos quais 4 são enfermeiras EESIP. Em cada turno estão distribuídas 4 enfermeiras na unidade de cuidados intensivos neonatais e duas na unidade de cuidados intermédios. Quando se encontra em funcionamento a pré saída é assegurada por uma enfermeira. A metodologia de trabalho utilizada é a de enfermeira de referência sendo preconizado que sejam sempre as mesmas enfermeiras a prestar cuidados ao recém-nascido e família durante o internamento, estabelecendo desse modo uma prestação de cuidados de proximidade e centrados na família. A equipa multidisciplinar desta unidade trabalha de forma a dar resposta às situações complexas que podem estar relacionadas com patologias e complicações decorrentes da prematuridade ou outras patologias do recém-nascido.

Na unidade são prestados cuidados a recém-nascidos até aos 28 dias de vida, sendo que os principais motivos de internamento estão relacionados com a prematuridade, recém-nascidos nos quais foram identificados sinais de dificuldade respiratória, malformações congénitas, intolerância alimentar, hiperbilirrubinémia e patologias como a hidrocefalia, sépsis, e encefalopatia hipóxico-isquémica. O objetivo desta unidade é curar, minimizar ou prevenir os sintomas da doença em

tempo útil, assegurando a comunicação e continuidade de cuidados com outros hospitais e recursos da comunidade.

A permanência dos pais na unidade é incentivada pela equipa de enfermagem sendo que os pais podem permanecer junto do recém-nascido 24 horas, tal como preconizado na Carta da Criança Hospitalizada (1988) na qual está descrito, no artigo 2º que “uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado.” (IAC, 1998, p.7). Para além dos pais, os irmãos do recém-nascido a partir dos 5 anos de idade podem visitar o recém-nascido, mas por um período não superior a 5 minutos, sempre se a condição de saúde do recém-nascido permitir e quando previamente discutido com a equipa. Entre o período de Outubro a Março só irmãos com mais de 11 anos podem entrar na unidade devido à maior incidência de infeções respiratórias. Durante o período da tarde poderá entrar na unidade uma visita mantendo-se as mesmas regras de permanência, sendo que junto do recém-nascido só pode permanecer um máximo de duas pessoas em simultâneo.

A UCIN tem como filosofia a prestação de cuidados centrados na família, sendo a participação dos pais nos cuidados incentivada estando designado um enfermeiro de referência. Este enfermeiro tem como função diligenciar reuniões entre os pais e equipa multidisciplinar de forma a esclarecer dúvidas e apoiar os pais durante o processo de hospitalização. Uma das atividades desenvolvida pelo enfermeiro é comemorar o mês de vida do recém-nascido, para isso é elaborado um poster que fica na unidade do recém-nascido onde este dá os parabéns aos pais pelo mês de vida. Esta atividade tem o objetivo de promover a vinculação entre os pais e o recém-nascido.

INTERNAMENTO DE INFECCIOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA E NEFROLOGIA PEDIÁTRICO

O percurso de estágio desenvolvido no serviço de internamento teve a duração de 75 horas de estágio. Este serviço está situado na região de Lisboa, estando integrado num hospital central de Lisboa. É composto pelas especialidades de infeciologia, gastroenterologia e nefrologia pediátrica, dispondo de 17 vagas internamento das quais 4 são de isolamento e 2 quartos possuem pressão negativa.

Este serviço possui uma sala destinada à realização de sessões de hospital de dia na qual são realizados diversos procedimentos, como a administração de medicação, realização de consulta de seguimento após a alta. Esta consulta tem lugar habitualmente na semana seguinte à alta e tem como finalidade reforçar os ensinamentos sobre alimentação ou medicação, permitindo assim assegurar a continuidade dos cuidados no domicílio, apoiando os pais no esclarecimento de dúvidas. O serviço dispõe ainda de duas copas, uma sala de médicos, para cada uma das especialidades, gabinete da enfermeira chefe, sala de enfermagem, instalações sanitárias quer para as crianças/família e para os enfermeiros, uma sala para os pais, a qual tem disponível um frigorífico e um micro-ondas.

A equipa de enfermagem é composta por 20 enfermeiros, dos quais 4 são EEESIP. O método de trabalho implementado é o de enfermeiro de referência, no entanto, devido ao rácio de enfermeiros desadequado e a necessidade de uma gestão eficaz do tempo e dos cuidados a prestar, tornava-se necessário utilizar o método de trabalho à tarefa, seguindo sempre que possível a filosofia de cuidados centrados na família e cuidados não traumáticos. A proveniência das crianças internadas neste serviço é diversa, desde a consulta externa ou Hospital de Dia, bem como do Serviço de Urgência e até de outros hospitais.

A restante equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, nutricionista, fisioterapeuta, educadora de infância, outros colaboradores como voluntários do projeto Nuvem Vitória. De modo a promover um ambiente familiar, mais próximo do ambiente infantil, a educadora de infância, tem a seu cargo a decoração do serviço, que segue temáticas relacionadas com as festividades como o São Martinho, Halloween ou o Natal. Mas também a responsabilidade de desenvolver atividades lúdicas com as crianças internadas no serviço, o que habitualmente acontece na sala de brincar, onde as paredes estão decoradas e existem diversos jogos de acordo com os diversos grupos etários e estádios de desenvolvimento existentes no serviço.

URGÊNCIA DE PEDIATRIA

O percurso de estágio desenvolvido no serviço de urgência de pediatria teve a duração de 100 horas. Este serviço encontra-se num hospital central sendo referência em especialidades como neurocirurgia, ortopedia, doenças metabólicas e trauma pediátrico. A área de atuação compreende a região entre Santarém e Algarve, incluindo ilhas, sendo as crianças e os jovens encaminhados de hospitais dessas áreas ou centros de saúde, bem como pela saúde 24, desde o nascimento até aos 18 anos. Contudo os portadores de doença crónica são admitidos na urgência até aos 21 anos.

Fisicamente é composto por Sala de Reanimação, Sala de Observação, Triagem, Sala de tratamentos, Sala de Vigilância, Sala de Aerossóis, Sala de Isolamento ou Adolescentes, Sala de pequena Cirurgia e 2 Gabinetes Médicos.

A sala de observação é composta por 6 vagas (5 camas e 1 berço), e nele são internadas crianças ou jovens que necessitam de um internamento de curta duração ou que necessitem de um maior acompanhamento por se encontrarem mais instáveis. Na sala de pequena cirurgia são realizados procedimentos como suturas, pensos e redução de fraturas, sendo utilizada por vezes sedação com midazolam e fentanil, ou em casos indicados protóxido de azoto medicinal gasoso (Lipovan®).

Desta forma, neste serviço são realizados inúmeros procedimentos dolorosos tanto na sala de tratamentos como na sala de pequena cirurgia sendo que a gestão do medo das crianças e jovens é um desafio para os enfermeiros neste contexto.

A nível da equipa este serviço é composto por 25 enfermeiros, 7 dos quais são EEESIP, que tem implementado projetos como a utilização da técnica ISBAR, a segurança na medicação e a articulação com o gabinete de risco nos maus-tratos (abuso sexual). O método de trabalho difere consoante o posto de trabalho atribuído, nomeadamente nos postos de triagem, sala de tratamentos, sala de vigilância e sala de aerossóis é utilizado o método à tarefa. No serviço de observação o método preferencial é o de enfermeiro de referência sendo que este é responsável pela prestação de todos os cuidados a uma determinada criança/jovem, sendo o rácio de 3 crianças por enfermeiro.

CENTRO DE REABILITAÇÃO DE PARALISIA CEREBRAL

O percurso de estágio desenvolvido no centro de reabilitação de paralisia cerebral teve a duração de 50 horas de estágio. Este centro encontra-se localizado na grande Lisboa, recebendo utentes de uma área compreendida entre o Algarve e Santarém, chegando sobretudo através de referências do centro de saúde ou do médico assistente, sendo um centro especializado em quadros de paralisia cerebral.

Este encontra-se dividido em diversas áreas, que se complementam, sendo elas enfermagem, terapia ocupacional, fisioterapia, terapia da fala, psicologia e assistência social, bem como médica, por forma a atingirem o objetivo maior deste centro – permitir que estas crianças desenvolvam competências que lhes permitam ser de alguma forma independentes nas suas atividades diárias.

O centro está dotado de uma sala de enfermagem, terapia da fala, terapia ocupacional, fisioterapia (que inclui piscina), gabinete médico, sala de tratamentos, um refeitório, sala de terapia sensorial, sala para a unidade de técnicas aumentativas e alternativas de comunicação (UTAAC), uma sala para o Núcleo de Intervenção Precoce Integrada (NIPI) e por fim uma sala para o Grupo grau V.

A equipa de enfermagem do centro é composta por dois enfermeiros que prestam cuidados nas diferentes áreas do centro, intervindo quando solicitado em situações de doença aguda, identificadas no momento no centro, e durante os treinos de alimentação nos quais a criança se pode engasgar, bem como em momentos nos quais os pais estão presentes como no grupo grau V e no NIPI, realizando ensinamentos sobre alimentação por PEG, cuidados a ter com posicionamentos entre outros.

A entrada no centro ocorre após ser recebida uma solicitação de seguimento, sendo realizada uma consulta de avaliação que envolve todas as especialidades do centro, ou seja, uma avaliação médica, outra por parte da assistente social e finalmente uma conjunta com enfermagem, terapia ocupacional, terapia da fala e fisioterapia.

Na avaliação médica é realizada uma breve avaliação do desenvolvimento, com um estudo da história que poderá ter levado a paralisia cerebral da criança em questão, permitindo assim a sua classificação e identificação primária das necessidades a nível médico da criança. A nível da assistência social, num encontro

onde só estão presentes os pais, a criança e a assistente social, são avaliadas as dificuldades a nível económico-social por parte daquela família. Por último na reunião com as diferentes valências do centro, é feita uma avaliação rápida por cada uma das áreas, por forma a identificar qual a intervenção a realizar por cada uma delas, iniciando-se ali a sua complementaridade. Estas avaliações são partilhadas e discutidas numa reunião entre as três, definindo-se a resposta a dar a cada situação da forma mais adequada.

A avaliação termina com um encontro entre a médica responsável e os pais, onde é apresentado o plano para o filho e discutidas outras possibilidades caso seja complexo os pais estarem presentes em determinadas valências, ou discordem de algo no plano. O plano de intervenção pode incluir a inserção da criança num grupo específico e seguimento pelas diversas valências do centro, ou então contactos pontuais e apoio apenas em determinadas valências.

CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA

O percurso de estágio desenvolvido na consulta externa de pediatria teve a duração de 75 horas. Esta consulta encontra-se integrada num hospital central da região de Lisboa. A equipa de enfermagem é composta por 13 enfermeiras, 2 delas EEESIP a exercer funções de gestão e coordenação do serviço, 1 enfermeira especialista em saúde comunitária e uma enfermeira especialista em reabilitação.

Este serviço é composto fisicamente por cerca de 17 gabinetes, 4 dos quais são destinados à realização de consultas de enfermagem, 1 sala de tratamentos, 1 sala de vacinação e 1 sala de colheitas na qual são centralizadas as colheitas pediátricas do centro hospitalar. São realizadas vacinas do Plano Nacional de Vacinação (PNV) (em grupos de risco) e vacinação internacional, possui também uma sala de tratamentos, na qual são realizados procedimentos de enfermagem.

Este é um serviço que presta cuidados no domicílio tendo uma parceria com a Fundação do Gil, que comporta também intervenção domiciliária pela equipa de cuidados paliativos pediátricos. Por vezes são realizadas vistas na escola, permitindo a prestação de cuidados sem alteração das rotinas das crianças. Possui também a valência de hospital de dia de alergologia pediátrica no qual são realizados testes e provas.

São realizadas consultas de enfermagem prévias à consulta médica nas especialidades de alergologia, imunodeficiência, hipertensão arterial, neonatologia, saúde infantil, diabetes, fibrose quística, fendas do palato, consulta do viajante, asmologia e urologia. Existe ainda uma consulta de enfermagem de obesidade que funciona em articulação com a equipa médica, nutricionista e fisiatra.

Apêndice III - Guia Orientador das Atividades de Estágio



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA**

UNIDADE CURRICULAR

ESTÁGIO

GUIA ORIENTADOR DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

Discente:

Ana Rita Esteves Figueiredo nº 5268

LISBOA



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

UNIDADE CURRICULAR

ESTÁGIO

GUIA ORIENTADOR DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

Discente:

Ana Rita Esteves Figueiredo nº 5268

Orientadora:

Professora Doutora Paula Diogo

LISBOA

SETEMBRO, 2019

ÍNDICE

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	5
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
3. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título: Cuidados não traumáticos: a intervenção de enfermagem na gestão dos medos da criança durante a realização de procedimentos dolorosos.

Problemática: Este projeto surge de uma **problemática** de enfermagem relacionada com os medos das crianças associados aos procedimentos dolorosos. O **tema** é os cuidados não traumáticos em enfermagem pediátrica; o **problema** é o medo experienciado pela criança face aos procedimentos dolorosos; e o **objeto de estudo** é a intervenção de enfermagem na gestão desses medos.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A profissão de enfermagem tem por base os saberes teóricos mas também competências afetivas, sendo o processo de cuidar um processo relacional (Diogo, 2015).

De acordo com a teórica de enfermagem Jean Watson (2012), o processo de Cuidar não pode ser indiferente às emoções humanas, uma vez que este envolve a comunicação e expressão de sentimentos, tendo como objetivo promover a existência de um equilíbrio entre as componentes relacional e emocional.

As emoções são um fenómeno estudado desde a antiguidade clássica que se têm vindo a revelar algo inerente à condição humana e imprescindível para o seu relacionamento interpessoal. Em enfermagem pediátrica, mobilizar as emoções como instrumento terapêutico significa utilizá-las de forma intencional para atingir determinado fim terapêutico, benéfico para a criança e que seja promotor do seu bem-estar (Diogo, 2015).

Contudo, verifica-se atualmente que nos contextos da prática, a dimensão emocional relacionada com os cuidados de enfermagem é pouco valorizada pelos enfermeiros, motivo pelo qual a gestão emocional enquanto intervenção nem sempre é objeto de reflexão não existindo uma sustentação da prática em evidência científica (Diogo, 2017).

No contexto da Pediatria, a necessidade de cuidados de saúde, seja no âmbito hospitalar seja em ambulatório, representa muitas vezes um momento emocionalmente intenso para a criança e para a sua família. Assim, é importante que os enfermeiros estejam conscientes da importância da dimensão emocional do

cuidar durante a sua intervenção. Atender à gestão emocional é também promover a prestação de cuidados não traumáticos que traduz um importante pilar da filosofia de cuidados pediátricos (Hockenberry & Barrera, 2014). Os cuidados não traumáticos são entendidos como:

(...) fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares, em qualquer local, no sistema de cuidados de saúde. (...) O objetivo primordial na prestação de cuidados não traumáticos é: primeiro que tudo, não causar dano. Três princípios fornecem a estrutura para alcançar esse objetivo: (1) prevenir ou minimizar a separação da criança e da sua família, (2) promover uma sensação de controlo, e (3) prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor. (...) (Hockenberry & Barrera in Hockenberry & Wilson, 2014, p.11-12)

A promoção da sensação de controlo está relacionada com a gestão do medo, e embora já exista uma preocupação nos contextos da prática relacionado com esta problemática, verifica-se ainda uma dificuldade por parte dos enfermeiros em tornar consciente e intencional esta intervenção terapêutica. Deste modo, torna-se pertinente a mobilização e transferência do conhecimento ao nível da temática da gestão do medo, evidenciando o impacto positivo que tem esta intervenção.

As crianças durante o seu processo de crescimento e desenvolvimento, possuem uma vulnerabilidade acrescida, existindo a necessidade de recorrer aos cuidados de saúde, seja no âmbito hospitalar seja em ambulatório. Procedimentos como a vacinação são vivenciados pela criança, e família, durante os primeiros meses de vida de forma frequente, e caso exista o desenvolvimento de uma patologia, podem experienciar um ou vários processos de hospitalização. Estas vivências são exemplos de processos que representam momentos emocionalmente intensos.

Assim, é essencial que os enfermeiros estejam conscientes da importância da dimensão emocional do cuidar durante a sua intervenção. O conceito de trabalho emocional foi introduzido na enfermagem por Smith (2012), tendo esta concluído que, o enfermeiro desenvolve as competências do trabalho emocional de acordo com os recursos pessoais e aprendizagem na prática de cuidados diária.

O conceito de trabalho emocional em enfermagem está relacionado com a mobilização de competências, tais como: “ (...) dar suporte e tranquilidade, delicadeza e amabilidade, simpatia, animar, usar o humor, ter paciência, aliviar o sofrimento, conhecer a pessoa e ajudar a resolver os seus problemas.” (Diogo, 2017, p. 6).

A mobilização destas competências durante a prestação de cuidados através de intervenções de gestão emocional, vão permitir ao enfermeiro facilitar a gestão dos sentimentos negativos sentidos pela criança e família, de modo a minimizar o seu sofrimento (Diogo, 2017).

A promoção da sensação de controlo está relacionada com a gestão do medo, sendo que, o medo vivido pela criança pode ter um efeito negativo na sua relação com os prestadores de cuidados, tornando a prestação de cuidados um processo potencialmente traumático (Longobardi, Prino, Fabris & Settanni, 2019).

Assim, é essencial que os enfermeiros tenham conhecimento sobre quais os medos das crianças relacionados com os cuidados de saúde, de forma a planear e executar intervenções para a gestão do medo, promovendo dessa forma a prestação de cuidados não traumáticos (Karlsson, Rydstrom, Enskar & Englund, 2014). Contudo, de modo a atender à gestão emocional, importa compreender primariamente o que são as emoções, nomeadamente a emoção do medo.

Ao nível das emoções existem emoções primárias categorizadas por Damásio (2003), também denominadas como emoções universais, sendo elas: a alegria, a tristeza, o medo, a cólera e a surpresa ou aversão. As emoções traduzem-se em respostas fisiológicas, ou seja processos químicos e neurais que formam um determinado padrão. Estas permitem de um modo primário ajudar o organismo a manter a vida, funcionando dessa forma como um mecanismo de regulação (Diogo, 2006).

O medo caracteriza-se segundo Damásio (2001), citado por Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida (2016), por ser um estado emocional no qual o indivíduo experiêcia sensações que lhe são desagradáveis, apreensão ou tensão, simultaneamente com reações fisiológicas. O medo, enquanto emoção primária identificada por Damásio (2001), pode ser manifestado por comportamentos como ansiedade, apreensão, nervosismo, preocupação, consternação, receio, precaução, preocupação, aflição, desconfiança, pavor, horror, terror, e como psicopatologia, fobia e pânico (Diogo *et al.*, 2016).

A criança, devido às transições de desenvolvimento que vivencia, apresenta um número limitado de mecanismos de *coping* que lhe possibilitem gerir de forma eficaz, situações de *stress*, sendo por isso determinante o papel dos cuidadores. Os principais *stressores* associados ao contacto com as instituições de saúde estão relacionados com a separação, a perda de controlo, a lesão corporal e a dor (Sanders in Hockenberry & Wilson, 2014).

O medo relacionado com a lesão corporal e dor é, segundo vários autores, dos principais *stressores* em todas as etapas do desenvolvimento da criança, sendo por isso um fator de especial atenção nos cuidados de enfermagem pediátrica. O medo da dor é manifestado pelas crianças de diferentes formas, cabendo por isso aos enfermeiros reconhecê-las de forma a intervir de forma adequada e individualizada nas diferentes situações (Sanders in Hockenberry & Wilson, 2014).

Os procedimentos dolorosos, nomeadamente os realizados com recurso a agulhas, estão documentados na literatura, como sendo um dos procedimentos mais dolorosos e indutores de medo na população pediátrica. O medo, relacionado com a realização de procedimentos, pode aumentar o sofrimento emocional, o que pode aumentar por sua vez a sensação de dor (McMurtry, Noel, Chambers & McGrath, 2011). Para além disso a sensação de dor e o sofrimento emocional, sentido pelas crianças durante a realização dos procedimentos, pode ter um forte impacto negativo pois as crianças guardam memória da experiência emocionalmente intensa, o que aumenta a sua angústia e medo em situações subsequentes (Chen, Zeltzer, Craske & Katz, 2000). Assim, a gestão do medo dos procedimentos deve ser um foco de atenção por parte dos enfermeiros e deve ser alvo de intervenção.

Em idade pediátrica a emoção do medo, quando sentido de forma intensa e constante, pode alterar a capacidade da criança para enfrentar as situações adversas. Assim, é determinante atender à gestão do medo enquanto intervenção de enfermagem por forma a evitar repercussões negativas no desenvolvimento da criança resultantes de medos experienciados durante a realização de procedimentos, tanto relacionados com o processo de hospitalização, como também no âmbito dos cuidados de saúde primários (Diogo *et al.*, 2016).

A evidência científica demonstra que o medo associado à realização de procedimentos constitui um dos principais focos de atenção dos enfermeiros durante a prestação de cuidados (Diogo *et al.*, 2017). Controlar a dor, a ansiedade e o medo da criança, relacionado com a realização de procedimentos, é uma questão importante até sobre o ponto de vista ético. É de realçar que na Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada (1998) consta no artigo 4º que “ (...) As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (IAC, 1998, p.9) e no artigo 8º consta que “A equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família” (IAC, 1998,p.13).

No contexto específico da enfermagem pediátrica, a evidência científica demonstra que a gestão emocional tem benefícios terapêuticos significativos, sendo

que, neste âmbito, os enfermeiros desenvolvem intervenções no sentido de “ (...) gerir o estado emocional, nutrir afetividade, aliviar o sofrimento e confortar o cliente (...) (Diogo, 2015, p.54).

Contudo importa compreender que o trabalho emocional envolve o cliente, o enfermeiro e também a relação que se estabelece entre os dois. Assim, o enfermeiro deve primariamente regular as suas próprias emoções para que possa posteriormente gerir positivamente as emoções da criança e família (Diogo, 2015,2017).

Relativamente à gestão do medo relacionado com a realização de procedimentos dolorosos, os enfermeiros devem intervir através de uma abordagem multimodal com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas (McMurtry *et al.*, 2011 Stoltz. & Manworren, 2017). A fim de reduzir a ansiedade, medo e a dor diferentes abordagens não farmacológicas foram propostas incluindo várias técnicas psico-cognitivas e técnicas de distração (bolhas, livros, vídeo games ou vídeos de desenhos animados) (Felluga, Rabach, Minute, *et al.* 2016).

Em suma, cuidar em enfermagem pediátrica, atendendo à dimensão emocional através da gestão do medo relacionado com os procedimentos dolorosos, é uma forma de humanização dos cuidados de saúde e prestação de cuidados não traumáticos.

Como conceção dominante deste projeto de estágio será mobilizada a Teoria do Cuidar de Jean Watson articulado com o conceito de transições de Meleis.

Jean Watson, na sua teoria, refere que a mente e as emoções são como uma janela que permite aceder à alma dos indivíduos, e que a relação que é possível estabelecer muitas vezes transcende o mundo físico e material (Watson, 2012). Para esta teórica a profissão de enfermagem é baseada na arte do cuidar, sendo definida como uma arte e ciência humana, e como um ideal moral da enfermagem (Watson, 2012).

Watson (2012), defende o conceito de cuidar transpessoal, entendendo que este é promotor da libertação de energia e que possibilita obter um equilíbrio entre a mente, corpo e alma. Desta forma, a expressão dos sentimentos funciona como um meio de autorregulação (Watson, 2012). Paralelamente ao ato de cuidar importa atender ao facto de que as crianças estão em constante desenvolvimento e crescimento vivenciando diversas transições, o que remete para a teoria de Meleis (2010). Esta teoria permite destacar o papel relevante das intervenções de enfermagem durante as transições tanto ao nível dos processos de saúde e doença,

como de desenvolvimento. As intervenções de enfermagem segundo esta conceção têm como finalidade a promoção do bem-estar da criança e família, assim como dotar as famílias e crianças das ferramentas necessárias para a vivência saudável das mudanças provocadas pela vivência das transições (Meleis, 2010).

A mobilização destas duas teorias prende-se com o facto de que, no caso específico da pediatria, importa compreender que as crianças expressam as suas emoções de forma distinta e de acordo com a sua fase de desenvolvimento. Assim, intervir ao nível da gestão das emoções, possibilita uma prestação de cuidados apoiante, ou seja, uma prestação de cuidados que seja promotora de uma sensação de controlo por parte da criança e da sua família, tornando a experiência do contacto com os cuidados de saúde não traumática.

O Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica, desenvolvido por Diogo (2015), será também mobilizado neste projeto, uma vez que fornece orientações conceptuais e práticas que permitem orientar as intervenções de enfermagem relacionadas com a gestão das emoções associadas aos cuidados de saúde (Diogo, 2017).

Com base nos pressupostos supracitados, este projeto será sustentado no referencial apresentado tendo como objetivo desenvolver, especificamente, através da operacionalização deste projeto as seguintes unidades de competência do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, entre elas:

- E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.
- E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.
- E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas
- Promover o desenvolvimento de intervenções relacionadas com o cuidado emocional em enfermagem.

As restantes unidades de competência referentes às competências comuns do enfermeiro especialista, bem como as específicas, serão alvo de desenvolvimento específico através de atividades planeadas durante o percurso de estágio.

3. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

Este trabalho é baseado numa metodologia prática, crítica e reflexiva. Durante este processo será mobilizado o conhecimento na ação, reflexão na ação e reflexão sobre a ação, tendo em conta as necessidades de aprendizagem individual previamente definidas (Schön, 2000).

A sua operacionalização será realizada através de um estágio, em 6 contextos pediátricos distintos, de modo a desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), nomeadamente na promoção do desenvolvimento infantil, parentalidade e gestão dos medos da criança, perspetivando a aquisição do nível perito nesta área, de acordo com a categorização de Benner (2001).

Com a finalidade de dar resposta ao projeto de estágio, defini como objetivos gerais:

1. Desenvolver competências de enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica ao longo dos estádios de desenvolvimento e nos processos de saúde-doença.
2. Desenvolver competências de enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na gestão do medo da criança face aos procedimentos dolorosos associados aos cuidados de saúde.

Para a sua operacionalização, para cada contexto de estágio, foram definidos objetivos, bem como atividades a desenvolver que são apresentadas na tabela seguinte.

Unidade de Saúde Familiar		
Objetivos	Atividades a desenvolver	Competências a desenvolver
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecer a dinâmica organizacional, estrutural do contexto de estágio e as concepções/modelos orientadores da prática de cuidados; Integrar a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança/ jovem ao nível dos cuidados de saúde primários desenvolvendo competências de EEESIP 2. Desenvolver competências comunicacionais de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança e do jovem 3. Identificar nos momentos de prestação de cuidados a utilização de estratégias de gestão do medo relacionados com a realização de procedimentos dolorosos 4. Promover a prestação de cuidados não traumáticos; Promover a prestação de cuidados valorizando a dimensão relacionada com o cuidado emocional; 5. Avaliar o desenvolvimento infantil de acordo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reunião de apresentação e discussão das atividades propostas; Consulta de normas, protocolos e projetos em vigor no serviço; Observação participante das atividades de enfermagem e da metodologia de trabalho; Pesquisa bibliográfica; Prestação direta de cuidados à criança e família; 2. Prestação de cuidados à criança e família com utilização do brincar como instrumento facilitador da comunicação 3. Construção de uma grelha de observação a ser utilizada durante a observação de consultas de saúde infantil; Análise e interpretação dos registos de observação através da aplicação da grelha de observação 4. Partilha de conhecimento através de sessões informais com a equipa de enfermagem, no âmbito dos cuidados 	<p>E1-Assiste a criança/jovem na maximização da sua saúde</p> <p>E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil</p> <p>D1- Desenvolve o auto conhecimento e assertividade</p> <p>D2 – Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento</p> <p>D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho na área da especialidade.</p>

com a escala de avaliação utilizada na USF;	<p>não traumáticos – a gestão do medo nas diversas faixas etárias nos cuidados de saúde primários: estratégias de intervenção</p> <p>Elaboração de um folheto intitulado “Vacinas sem medo encontre aqui o segredo”</p> <p>5. Colaboração na realização de consultas de enfermagem no âmbito da Saúde e do Desenvolvimento Infantil; Utilização da escala de avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan modificada; (pelo menos uma avaliação para cada estágio de desenvolvimento)</p>	
<p>Indicadores de Avaliação: E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar. E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde. E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde. E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar. E1.1.7. Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/ jovem e família com necessidades de cuidados. E1.1.8. Intervém em programas no âmbito da saúde escolar. E1.1.9. Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais. E1.1.10. Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde E1.2.1. Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas. E1.2.2. Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais. E1.2.3. Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal -estar psíquico. E1.2.4. Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco). E1.2.5. Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção. E1.2.6. Assiste a</p>		

criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus -tratos. E1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde. E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família. E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil. D1.1.1 — Otimiza o auto-conhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar. D1.1.2 — Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda. D1.1.3 — Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais. D1.1.4 — Consciencializa a influência pessoal na relação profissional. D1.2.1 — Otimiza a congruência entre auto e hetero percepção. D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3 — Atua eficazmente sob pressão. D1.2.4 — Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5 — Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos. D2.1.1 — Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3 — Gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5 — Avalia o impacto da formação.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Objetivos	Atividades a desenvolver	Competências a desenvolver
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecer a dinâmica organizacional, estrutural do contexto de estágio e as concepções/modelos orientadores da prática de cuidados; Integrar a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança/ jovem ao nível dos cuidados de saúde primários desenvolvendo competências de EEESIP 2. Desenvolver competências comunicacionais de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança e do jovem 3. Identificar nos momentos de prestação de cuidados a utilização de estratégias de gestão do medo, dos pais, relacionados com a realização de procedimentos dolorosos ao Recém-nascido. 4. Compreender quais os princípios e instrumentos utilizados na prestação de cuidados em neonatologia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reunião de apresentação e discussão das atividades propostas; Consulta de normas, protocolos e projetos em vigor no serviço; Observação participante das atividades de enfermagem e da metodologia de trabalho; Pesquisa bibliográfica; Prestação direta de cuidados à criança e família; 2. Pesquisa bibliográfica sobre temas como: a comunicação de más notícias, promoção da esperança e promoção da parentalidade. Utilização dos conhecimentos teóricos nos momentos da prestação de cuidados. 3. Observação das práticas de cuidados. Realização e análise de uma entrevista a uma Enfermeira Perita. 4. Observação das práticas e discussão com enf.^a orientadora sobre os princípios e instrumentos de cuidados em neonatologia, bem como pesquisa 	<p>A1 - Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional</p> <p>E1-Assiste a criança/jovem na maximização da sua saúde</p> <p>E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil</p> <p>D1 – Desenvolve o auto-conhecimento e assertividade</p> <p>D2 – Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento</p> <p>D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho na área da especialidade.</p>

<p>5. Promover a prestação de cuidados valorizando a dimensão relacionada com o cuidado emocional e promover a prestação de cuidados não traumáticos.</p>	<p>bibliográfica</p> <p>5. Participação no 6.º Workshop Emoções em Saúde – Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: da conceção à prática.</p> <p>Partilha informal de conhecimento durante as passagens de turno, com discussão, e análise, das situações de cuidados</p>	
<p>Indicadores de Avaliação Os referidos anteriormente e A1.1.1 — Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente. A1.1.2 — Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência. A1.1.3 — Participa na construção da tomada de decisão em equipa. A1.1.4 — Seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções. A1.1.5 — Orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional. A1.1.6 — Integra elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem. A1.1.7 — Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido. A1.2.1 — Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade. A1.2.2 — Recolhe contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão. A1.2.3 — Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão. A1.2.4 — Reconhece a sua competência na área da sua especialidade. A1.3.1 — Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada. A1.3.2 — Fomenta a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão.</p>		

Internamento de Infeciologia, Gastreenterologia e Nefrologia

Objetivos	Atividades a desenvolver	Competências a desenvolver
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecer a dinâmica organizacional, estrutural do contexto de estágio e as concepções/modelos orientadores da prática de cuidados; Integrar a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança/ jovem ao nível dos cuidados de saúde primários desenvolvendo competências de EEESIP 2. Desenvolver competências comunicacionais de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança e do jovem 3. Identificar as intervenções de enfermagem direcionadas à criança, jovem e família, que visam a gestão do medo relacionado com a realização de procedimentos dolorosos 4. Promover a prestação de cuidados não traumáticos valorizando a dimensão relacionada com o cuidado emocional; 5. Colaborar na prestação de cuidados na valência de hospital de dia, desenvolvendo competências de EEESIP; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reunião de apresentação e discussão das atividades propostas; Consulta de normas, protocolos e projetos em vigor no serviço; Observação participante das atividades de enfermagem e da metodologia de trabalho; Pesquisa bibliográfica; Prestação direta de cuidados à criança e família no âmbito do internamento e hospital de dia. 2. Utilizar durante os momentos de intervenção o <i>kit</i> “sem dói-dói”, que permite, de acordo com a faixa etária da criança, ser um instrumento de preparação para procedimentos e facilitador da comunicação. 3. Reunião com o enfermeiro orientador e partilha informal de informação com a equipa de enfermagem; Observação das práticas de cuidados; Análise reflexiva da prática de cuidados; 	<p>E2.5. - Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.</p> <p>D1 – Desenvolve o autoconhecimento e assertividade</p> <p>D2 – Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento</p> <p>D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho na área da especialidade.</p>

	<p>4. Partilha da pesquisa bibliográfica com a equipa de enfermagem, tendo sido afixado na sala de trabalho um artigo para consulta;</p> <p>Elaboração de um póster sobre o Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica no contexto de internamento de pediatria;</p> <p>Observação da intervenção dos voluntários do Projeto nuvem Vitória;</p> <p>Prestação de cuidados à criança, jovem e família com recurso ao kit sem dói-dói;</p> <p>Participação no Seminário no âmbito do 13º Curso de Pós Licenciatura de Enfermagem de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pela ESSCVP. Este seminário tem como tema "As Novas Conceções em Saúde Infantil e Pediátrica".</p> <p>Observação da intervenção dos voluntários do Projeto nuvem Vitória;</p> <p>5. Observação e prestação de cuidados às crianças intervencionadas no hospital de dia;</p>	
--	--	--

Indicadores de Avaliação Os referidos anteriormente e E2.5.1. Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem. E2.5.2. Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação. E2.5.3. Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada. E2.5.4. Adequa o suporte familiar e comunitário. E2.5.5. Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança. E2.5.6. Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.

Urgência de Pediatria		
Objetivos	Atividades a desenvolver	Competências a desenvolver
<p>1. Conhecer a dinâmica organizacional, estrutural do contexto de estágio e as concepções/modelos orientadores da prática de cuidados; Integrar a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança/ jovem ao nível dos cuidados de saúde primários desenvolvendo competências de EEESIP</p> <p>2. Desenvolver competências comunicacionais de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança e do jovem</p> <p>3. Promover a prestação de cuidados valorizando a dimensão relacionada com o cuidado emocional e promover a prestação de cuidados não traumáticos</p> <p>4. Identificar as intervenções de enfermagem direcionadas à criança, jovem e família, que visam a gestão do medo relacionado com a realização de procedimentos dolorosos.</p>	<p>1. Reunião de apresentação e discussão das atividades propostas; Consulta de normas, protocolos e projetos em vigor no serviço; Observação participante das atividades de enfermagem e da metodologia de trabalho; Pesquisa bibliográfica e estudo sobre doenças comuns e patologias raras; Prestação direta de cuidados à criança e família no âmbito da urgência; Realização de uma reflexão sobre uma situação da prática de cuidados.</p> <p>2. Utilizar durante os momentos de intervenção o kit “sem dói-dói” sendo este um instrumento de preparação para procedimentos e facilitador da comunicação</p> <p>3. Elaboração de um póster informativo sobre a aplicabilidade do modelo TEEP ao contexto de urgência; Realização de uma sessão de formação sobre o modelo TEEP e a</p>	<p>A1 - Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;</p> <p>E1-Assiste a criança/jovem na maximização da sua saúde;</p> <p>E1.2 Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil;</p> <p>E2.1 - Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados;</p> <p>E2.2 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem -estar da criança/jovem, otimizando as respostas;</p>

	<p>sua aplicabilidade no Serviço de Urgência de Pediatria;</p> <p>Partilha com a equipa de enfermagem a pesquisa bibliográfica, nomeadamente o artigo de Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (13), 43-51.</p> <p>Elaboração de um “Kit Sem Medo” com a finalidade de utilizar o brinquedo terapêutico como ferramenta para a gestão emocional do medo relacionado com os procedimentos dolorosos;</p> <p>4. Elaboração e aplicação de um questionário, à equipa de enfermagem com a finalidade de auscultar a opinião, dos enfermeiros do serviço de urgência de pediatria, sobre a temática da gestão do medo das crianças relacionado com a realização de procedimentos dolorosos.</p>	<p>D1 – Desenvolve o autoconhecimento e assertividade;</p> <p>D2 – Baseia a sua prática clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento;</p> <p>D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho na área da especialidade.</p>
--	---	--

Indicadores de Avaliação Os referidos anteriormente e E2.1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória. E2.1.2. Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico. E2.1.3. Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto. E2.2.1. Aplica conhecimentos sobre saúde e bem -estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem. E2.2.2. Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor. E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.		

Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral		
Objetivos	Atividades a desenvolver	Competências a desenvolver
1. Conhecer a dinâmica organizacional, estrutural do contexto de estágio e as conceções/modelos orientadores da prática de cuidados; Integrar a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança/ jovem ao nível dos cuidados de saúde primários desenvolvendo competências de EEESIP	1. Reunião de apresentação e discussão das atividades propostas; Consulta de normas, protocolos e projetos em vigor no serviço; Observação participante das atividades de enfermagem e da metodologia de trabalho; Pesquisa bibliográfica; Prestação direta de cuidados à criança e família no âmbito da urgência; 2. Elaboração de um livro de comunicação	E1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem E2.2 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem -estar da criança/jovem, otimizando as respostas E2.3. Responde às doenças raras com

<p>2. Desenvolver competências comunicacionais de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança e do jovem.</p> <p>3. Conhecer a intervenção da equipa multidisciplinar do centro de reabilitação de paralisia cerebral</p> <p>4. Promover a prestação de cuidados não traumáticos, valorizando a dimensão relacionada com o cuidado emocional</p>	<p>aumentativa e alternativa</p> <p>3. Discussão com a enfermeira orientadora sobre quais os profissionais que gostaria de acompanhar em intervenção. Solicitar autorização para estar presente durante as terapias</p> <p>4. Observação da prestação de cuidados por parte dos profissionais da equipa de enfermagem</p>	<p>cuidados de enfermagem apropriados</p> <p>E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade</p> <p>E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil</p> <p>D1-Desenvolve o autoconhecimento e assertividade</p> <p>D2-Baseia a sua prática clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento</p> <p>D2.1- Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade</p>
<p>Indicadores de Avaliação Os referidos anteriormente e E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções. E3.4.2. Reforça a imagem corporal positiva se necessário. E3.4.3. Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis. E3.4.4. Reforça a tomada de decisão responsável. E3.4.5. Negoceia contrato de saúde com o adolescente</p>		

Consulta Externa de Pediatria		
Objetivos	Atividades a desenvolver	Competências a desenvolver
<p>1. Conhecer a dinâmica organizacional, estrutural do contexto de estágio e as concepções/modelos orientadores da prática de cuidados; Integrar a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança/ jovem ao nível dos cuidados de saúde primários desenvolvendo competências de EEESIP</p> <p>2. Desenvolver competências comunicacionais de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança e do jovem</p> <p>3. Identificar as intervenções de enfermagem direcionadas à criança, jovem e família, que visam a gestão do medo relacionado com a realização de procedimentos dolorosos</p> <p>4. Promover a prestação de cuidados não traumáticos, valorizando a dimensão relacionada com o cuidado emocional</p>	<p>1. Reunião com o enfermeiro orientador do contexto de estágio para apresentação do projeto a desenvolver; Consulta de normas, protocolos e projetos em vigor no serviço; Prestação direta de cuidados à criança e família em contexto de consulta de enfermagem, nas diversas sub especialidades; Prestação direta de cuidados à criança e família em contexto domiciliário, através da Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD)</p> <p>2. Implementar a utilização de um livro de comunicação aumentativa, e alternativa, nas consultas de enfermagem, elaboração de uma norma de utilização</p> <p>3. Aplicação de um questionário à equipa de enfermagem para avaliar a opinião dos enfermeiros sobre a temática da gestão do medo das crianças relacionado com a realização de procedimentos dolorosos; observação das práticas</p>	<p>E1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem</p> <p>E2.2 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem -estar da criança/jovem, otimizando as respostas</p> <p>E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil</p> <p>E3.4 — Promove a autoestima do adolescente e a sua auto -determinação nas escolhas relativas à saúde</p> <p>D1-Desenvolve o autoconhecimento e assertividade</p> <p>D2-Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento</p> <p>D2.1- Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade</p>

<p>5. Implementar no serviço de CEP a utilização da <i>Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada</i></p> <p>6. Colaborar na prestação direta de cuidados à criança, e família, em contexto domiciliário, através UMAD, desenvolvendo competências de EEESIP</p>	<p>4. Realização de uma sessão de formação à equipa de enfermagem, no âmbito dos cuidados não traumáticos – a gestão do medo durante a realização de procedimentos dolorosos: estratégias de intervenção; Elaboração de um poster sobre o modelo TEEP; Elaboração de um poster para apresentação nas 2.as jornadas “Emoções em Saúde” da ui&de/ESEL Emoções, Afeto e Promoção da Saúde Elaboração de um livro intitulado “Panda com dói-dói mas sem medo”</p> <p>5. Realização de uma acção de formação sobre a escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan modificada; Elaboração de uma caixa com material para utilização da escala avaliação do desenvolvimento de <i>Mary Sheridan</i> modificada</p> <p>6. Observação participante da prestação</p>	
--	---	--

	de cuidados; reflexão sobre uma visita realizada	
Indicadores de Avaliação Os referidos anteriormente e E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções. E3.4.2. Reforça a imagem corporal positiva se necessário. E3.4.3. Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis. E3.4.4. Reforça a tomada de decisão responsável. E3.4.5. Negoceia contrato de saúde com o adolescente		

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Damásio, A. (2001). *O Sentimento de Si: o Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência* (13.^a ed.). Mem Martins: Publicações Europa.
- Damásio, A. (2003) *Ao encontro de Espinosa: As emoções Sociais e a Neurobiologia da Consciência* (13^a edição). Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Diogo, P. (2006) *A vida emocional do Enfermeiro - Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados* (1^a edição). Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2^o ed.). Loures: Lusociência.
- Diogo, P. (2017). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: proposta de um Modelo orientador da prática*. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321193769_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_proposta_de_um_Modelo_orientador_da_pratica [Emotional Labour of Paediatric Nursing a propose Model for practice guidance](https://www.researchgate.net/publication/321193769_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_proposta_de_um_Modelo_orientador_da_pratica)
- Diogo, P. (2018). Emotional Labour in Paediatric Nursing: a propose Model for practice guidance, BMC Health Services Research 2018, 18(Suppl 2):P8.<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3444-8>
- Diogo, P., Vilelas, J., Lucas, I., Santiago, D., Xavier, S., Rodrigues, J., (...) Prudêncio, A. (2017) *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem: Projeto Multiestudos* (1^a edição). Loures: Lusodidata.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13, 43-51.

- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26–47.
- Felluga, M., Rabach, I., Minute, M. et al. (2016) A quasi randomized-controlled trial to evaluate the effectiveness of clowntherapy on children's anxiety and pain levels in emergency department. *European Academy of Paediatrics*. 175-645. <https://doi.org/10.1007/s00431-015-2688-0>
- JB I (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015. Methodology for JBI*
- Karlsson, K., Englund, A. C., Enskär, K., & Rydström, I. (2014). Parents' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 9, 23759. doi:10.3402/qhw.v9.23759
- Lerwick J. L. (2016). Minimizing pediatric healthcare-induced anxiety and trauma. *World journal of clinical pediatrics*, 5(2), 143–150. doi:10.5409/wjcp.v5.i2.143
- McMurtry, C. M., Noel, M., Chambers, C. T., & McGrath, P. J. (2011). Children's fear during procedural pain: Preliminary investigation of the Children's Fear Scale. *Health Psychology*, 30(6), 780-788. <http://dx.doi.org/10.1037/a0024817>
- Meleis, A. I. (2010). Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceesaudecriancajovem.pdf>
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 – 19194.

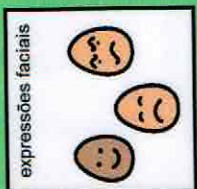
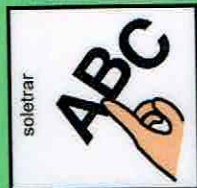
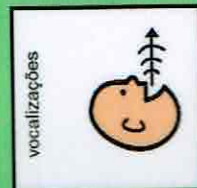
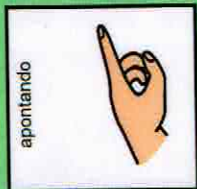
- Sanders, J. (2014). *Capítulo 26: Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização* (p.1025-1060) in M. Hockenberry & D. Wilson (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (A. P. Fonseca, Trad.) (9ª Ed), Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th Edition, 2011, Missouri: Mosby Elsevier).
- Schön, D. A. (2000) Educando o profissional reflexivo – um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artmed.
- Scoping Reviews*. Australia: The Joanna Briggs Institute. Disponível em:http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf
- Smith, P. (2012). *The Emotional Labour of Nursing Revised*. Palgrave Macmillan.
- Stoltz, P., Manworren, R. (2017) Comparison of Children's Venipuncture Fear and Pain: Randomized Controlled Trial of EMLA® and J-Tip Needleless Injection System®. *Journal of Pediatric Nursing*, 37, 91-96. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.08.025>.
- Watson, J. (1999). *Nursing: Human Science and Human Care*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing (2nd ed.)*. London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

Apêndice IV – Livro de comunicação alternativa e aumentativa

CADERNO DE COMUNICAÇÃO

Olá, eu sou a/o enfermeira/o
vamos conversar?

Este caderno de Símbolos ajuda-me a comunicar.
Selecione os Símbolos:



Também uso outros modos de comunicação tais como:



SENTIMENTOS
ADJETIVOS

DIVERSOS

Aa Bb Cc
Dd Ee Ff
1 2 3
4 5 6

GESTÃO DO MEDO

NÃO HÁ SÍMBOLO

PARTES DO CORPO

PROBLEMAS
DE
SAÚDE

ESCALA DA DOR

PROCEDIMENTOS
MATERIAL DE APOIO

SOCIAIS

PESSOAS

VERBOS

LOCAIS

GRUPO UTAAC/Unklade Técnicas Aumentativas e Alternativas de Comunicação



não há símbolo



não há símbolo

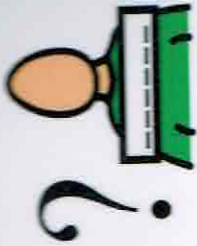


não há símbolo

olá



Como te chamas?



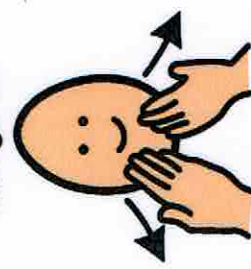
adeus



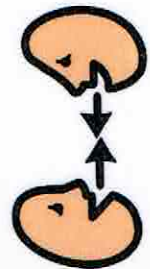
preciso de ajuda



obrigado



Vamos conversar



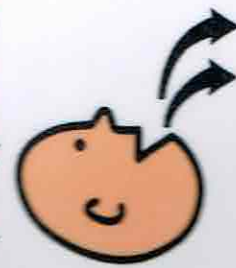
não sei



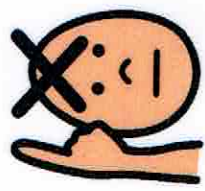
está bom!



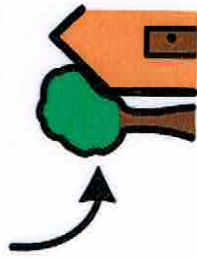
repete, por favor



não estou a perceber



vamos para casa



quero ir visitar



sim



quem



não há símbolo



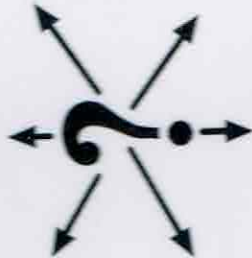
esqueci-me



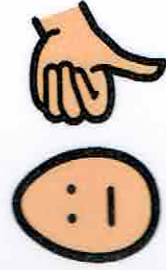
sim



onde



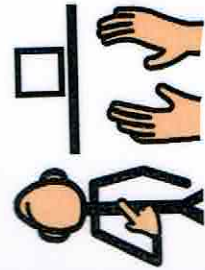
não estou pronto



são horas



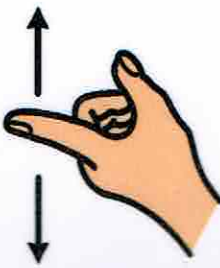
Eu quero



não



não é nada disso



não há símbolo



é isso mesmo



outra vez



porque



quantos



acabou

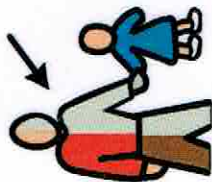


sim

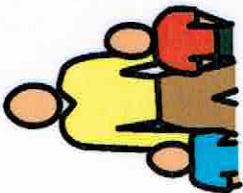
não há símbolo

não

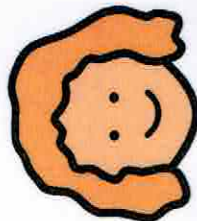
padrasto



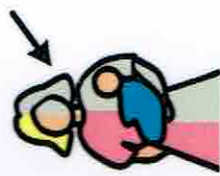
tio



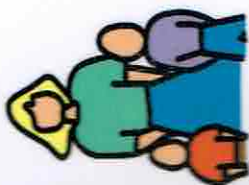
prima



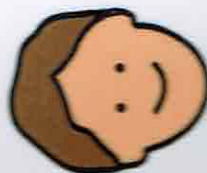
madrasta



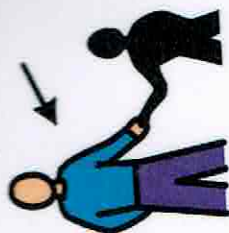
tia



primo



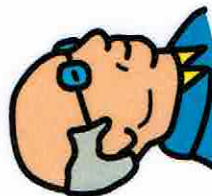
pai



bebê



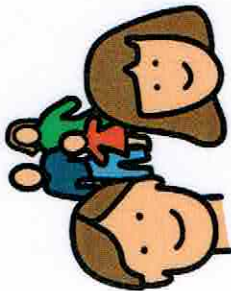
avô



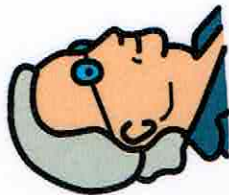
mãe



irmãos



avó

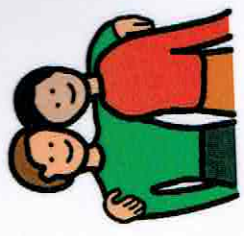




família



amigos



menino/ menina



homem/ mulher



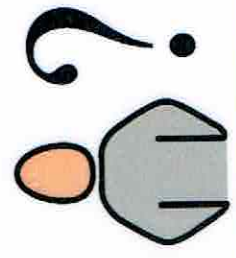
vizinhos



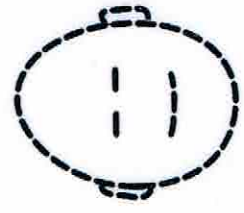
namorados



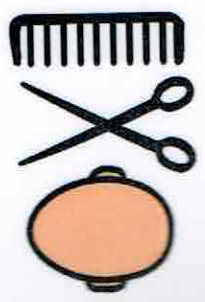
desconhecido



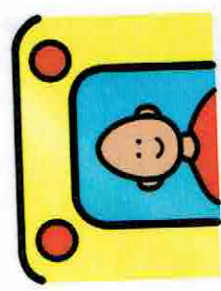
outra pessoa



cabeleireiro/ barbeiro



motorista

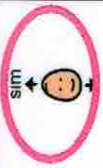


educadora



professora







enfermeira



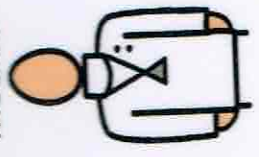
terapeuta de fala



assistente operacional



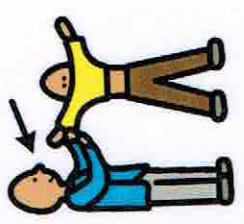
médico



fisioterapeuta



terapeuta ocupacional



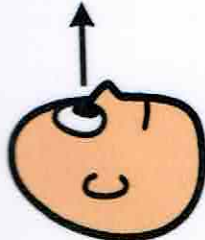
não há símbolo



não



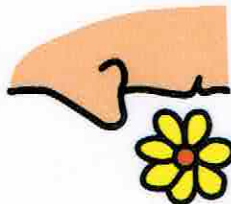
ver



ouvir



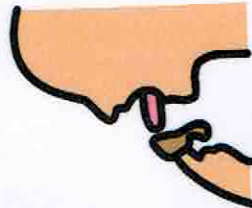
cheirar



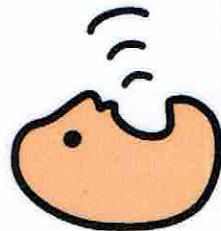
sentir



provar



gritar



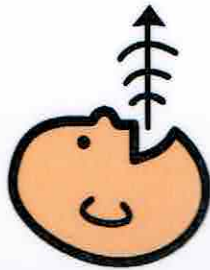
não há símbolo



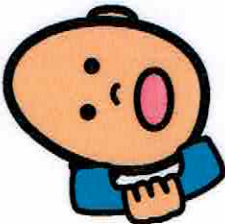
não



falar



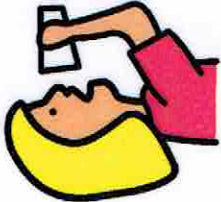
telefonar



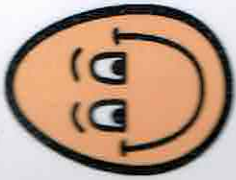
comer



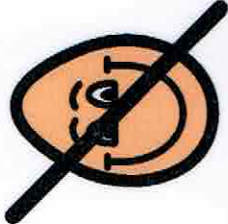
beber



gostar



não gostar

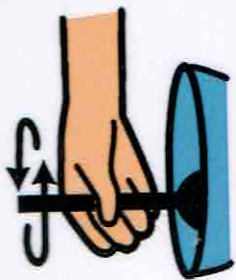




cozinhar



mexer



pôr



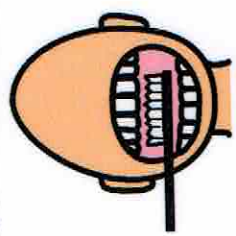
limpar



ir à sanita



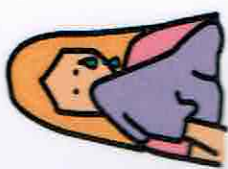
lavar os dentes



tomar banho



lavar a cara



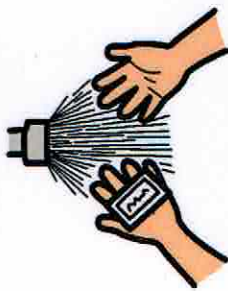
pôr creme



lavar a cabeça



lavar as mãos

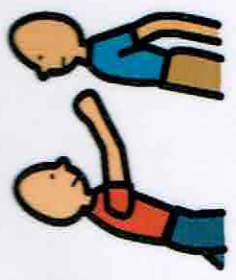


vestir

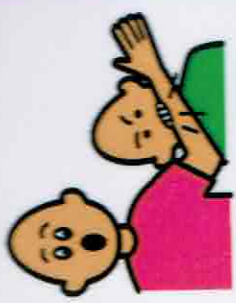




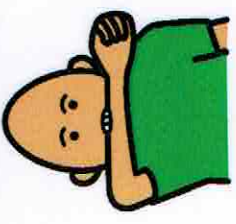
empurrar



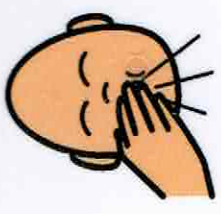
morder os outros



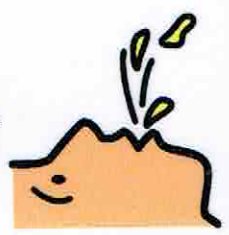
morder-se



tapar a boca



cuspir



cair



bater



magoar



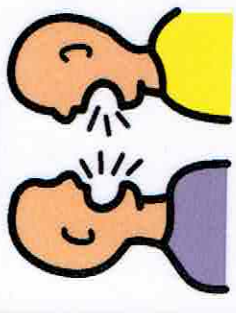
agarrar



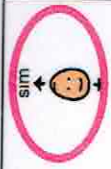
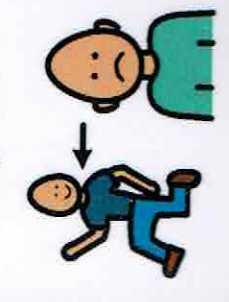
partir coisas



discutir



fugir de





não

não há símbolo

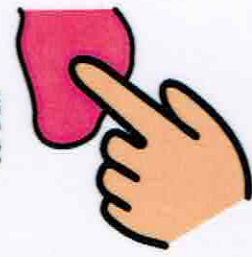
sim

não

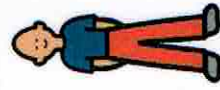
não há símbolo

sim

tocar



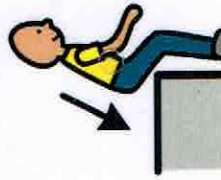
estar em pé



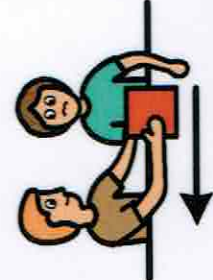
beliscar



sentar-se



tirar



deitar de costas



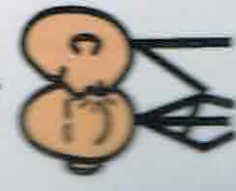
chorar



sorrir



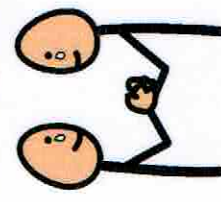
beijar



dormir



fazer as pazes

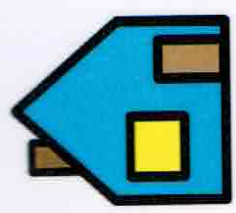


pôr

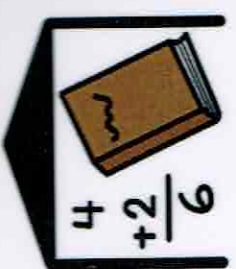




casa



escola



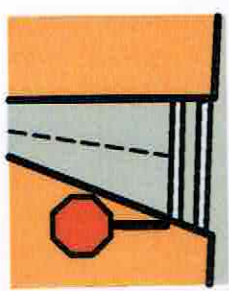
hospital



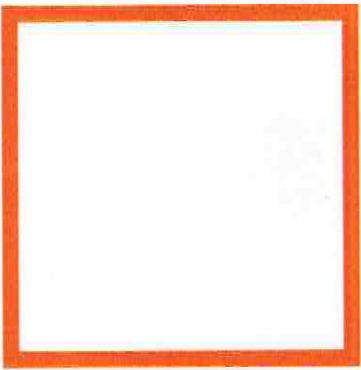
centro de saúde



rua

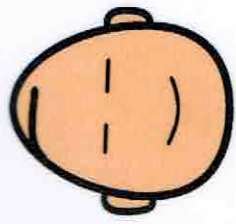


jardim





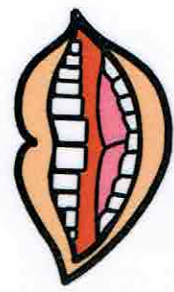
cabeça



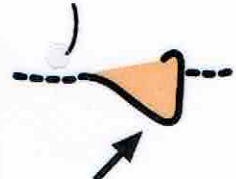
olhos



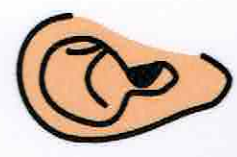
boca



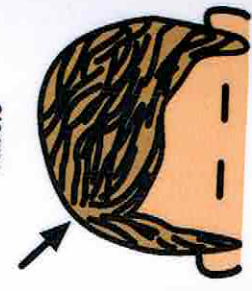
nariz



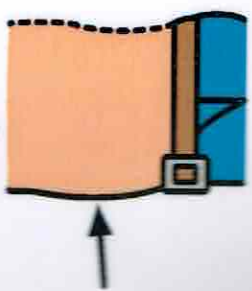
orelha



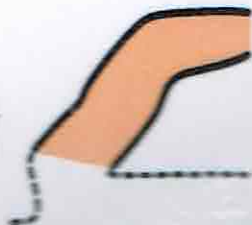
cabelo



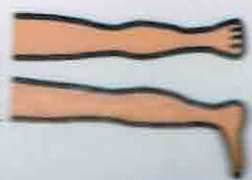
barriga



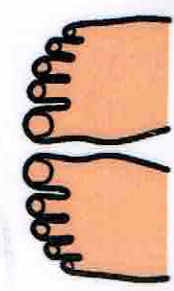
braço



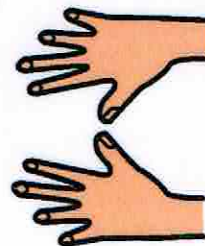
pernas



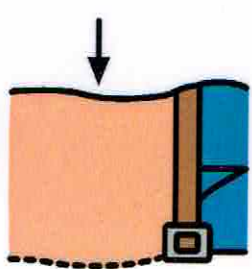
pés



mãos



costas





não

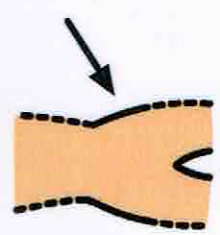


não há símbolo

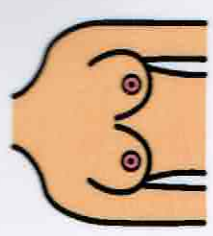


sim

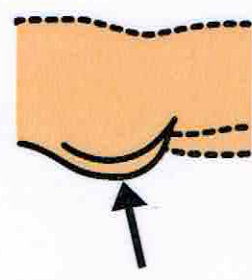
ancas



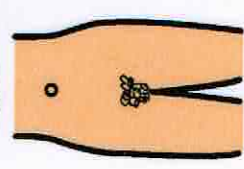
seios



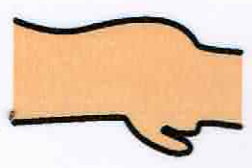
rabo



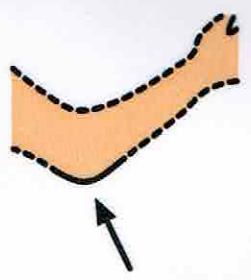
vagina



pênis



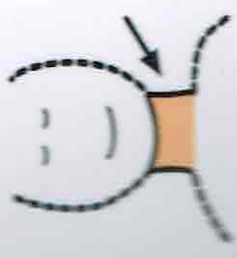
cotovelo



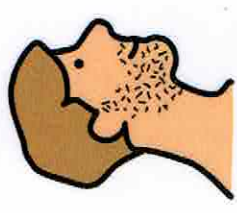
testa



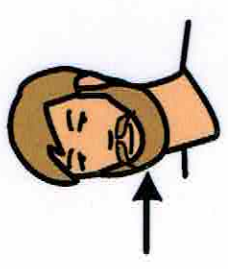
pescoço



pelos



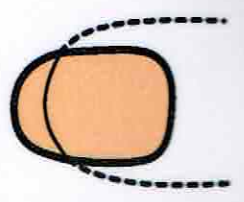
barba



osso



unha



não há símbolo



não



sim



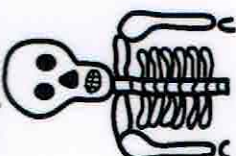
não

sim

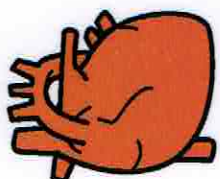


não há símbolo

esqueleto



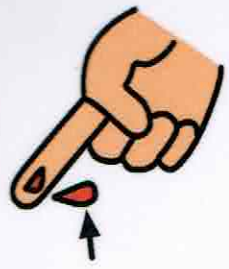
coração



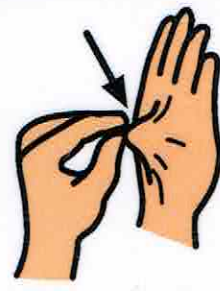
falta de dente



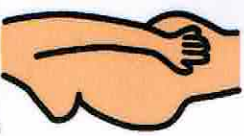
sangue



pele



gravidez



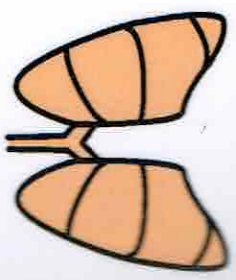
não

sim

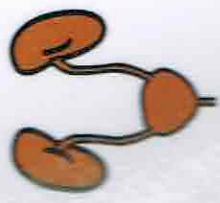


não há símbolo

pulmões



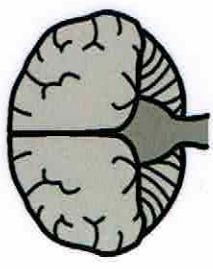
bexiga e rins



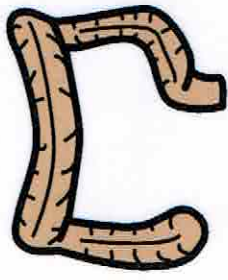
estômago



cérebro



intestino



músculo





não



não há símbolo

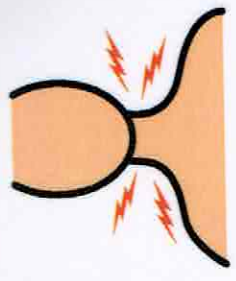


sim

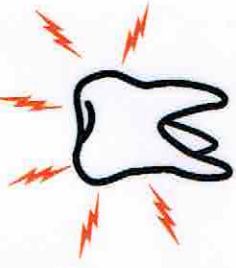
dor de cabeça



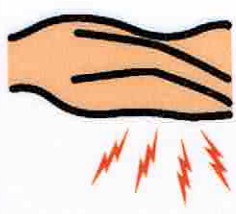
dor de garganta



dor de dente



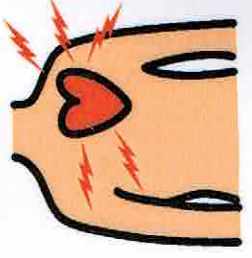
dor abdominal



dor ao respirar



dor no peito

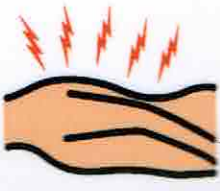


não

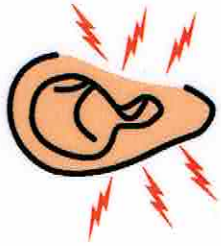


não há símbolo

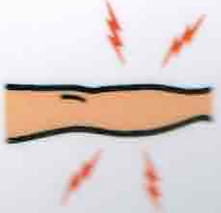
dor de costas



dor no ouvido



cãibra



cólicas



dor nas mãos



dor nos pés



não



não há símbolo



sim



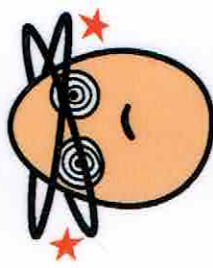
enjooado



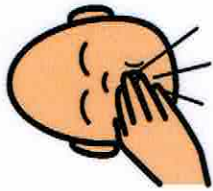
vomito



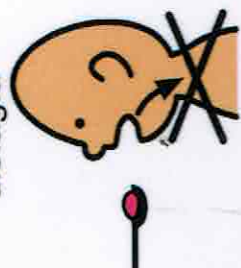
com tonturas



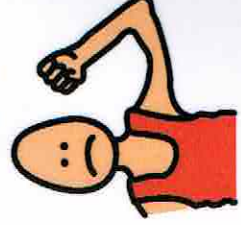
engasgado



disfagia



fraco



constipado



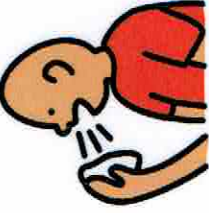
secreções



febre



tosse



falta de ar



convulsão



não há símbolo



sim





prurido



queimadura



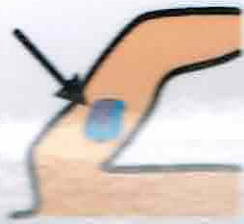
ferida



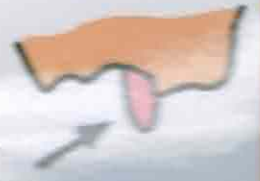
borbulhas



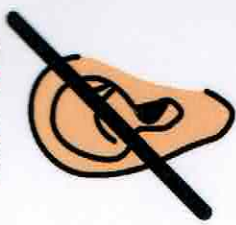
nódoa negra



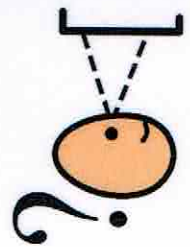
aftas



ouvir mal



ver mal



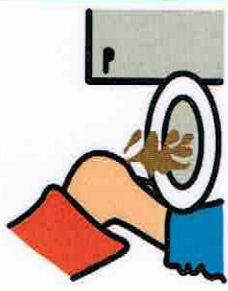
corte



disúria



diarreia



insónias





CRPCCG-UTAAC: Unidade Técnicas Aumentativas e Alternativas de Comunicação





consulta

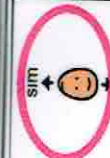
exame

peso

medir

gotas para os olhos

perimetro cefálico



medidor de glicose

perda de sangue

desinfetante

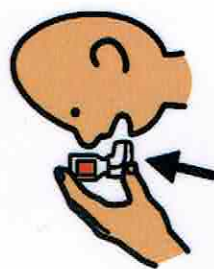
penso

medicamento

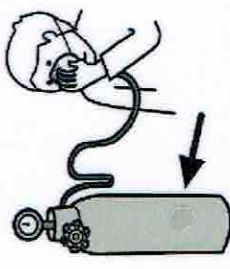
pontos



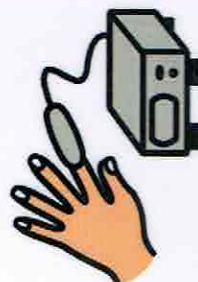
inalador



oxigênio



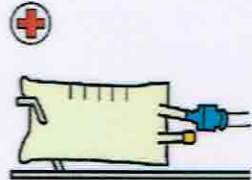
oxímetro



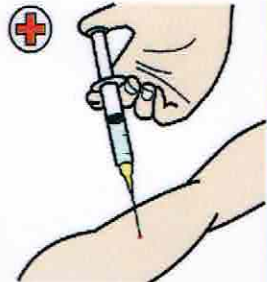
injecção



soro



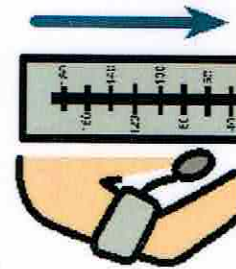
colheita de sangue



tensão arterial



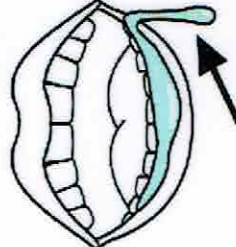
tensão baixa



tensão alta



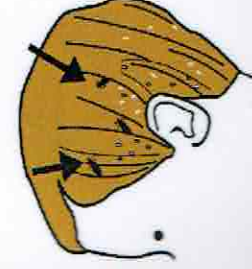
aumento da saliva



fratura



piolhos





não



não há símbolo



sim

soro fisiológico



betadine



compressas



pomada



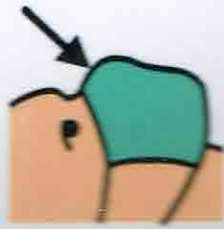
luvas



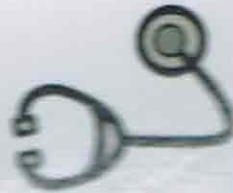
adesivo



máscara



estetoscópio



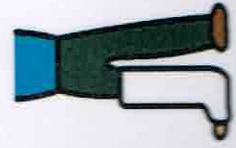
ligadura



garrote



gesso



sonda





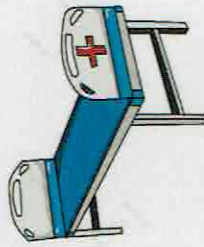
termômetro



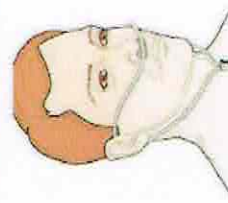
aspirador



maca



óculos nasais



monitor



ventilador



talas



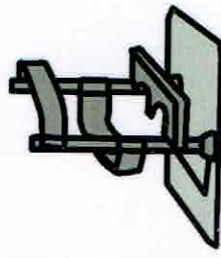
muletas



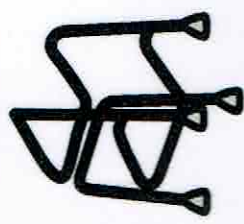
cadeira de rodas



standing



andarrilho

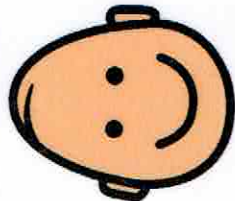


capacete

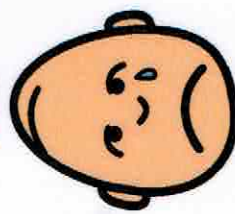




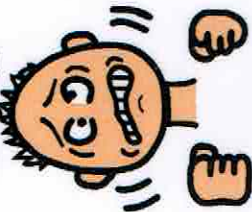
contente



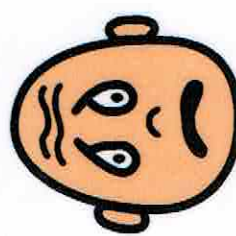
triste



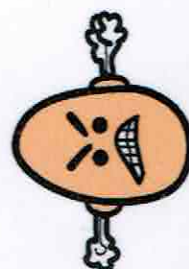
zangado



com medo



furioso



cansado



confuso



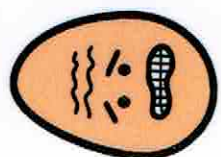
chateado



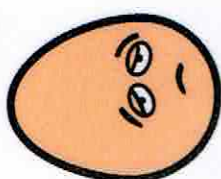
excitado



preocupado



deprimido

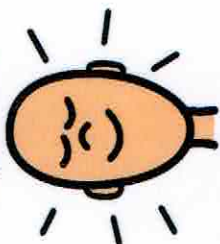


admirado





orgulhoso



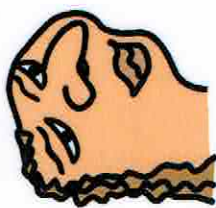
curioso



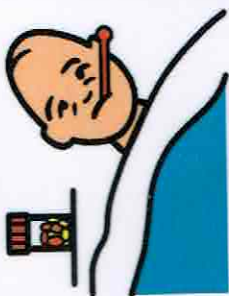
bonito



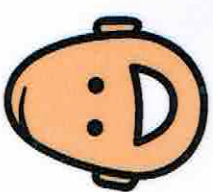
feio



doente



saudável



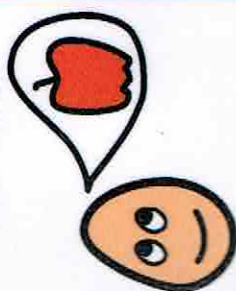
com dor



com sede



com fome



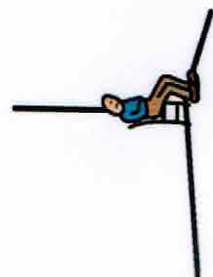
com frio



com calor



sozinho

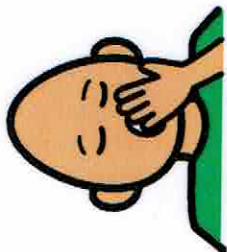




desconfortável



ensonado



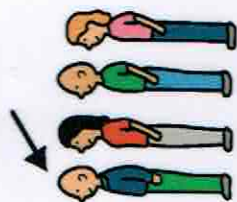
preguiçoso



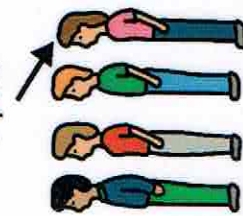
com sorte



o melhor



o pior



com saudades



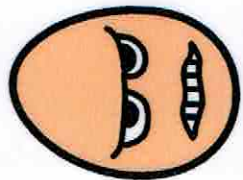
saboroso



mau



mau



muitos



poucos





um

1

dois

2

três

3

quatro

4

cinco

5

seis

6



sete

7

oito

8

nove

9

zero

0

dez

10

onze

11



a A

i I

e E

o O

u U



a A

c C

e E

b B

d D

f F



g G

i I

k K

h H

j J

l L



m M

o O

q Q

n N

p P

r R



z Z

y Y

CRPCG-UTAAC: Unidade Técnicas Aumentativas e Alternativas de Comunicação



t T

v V

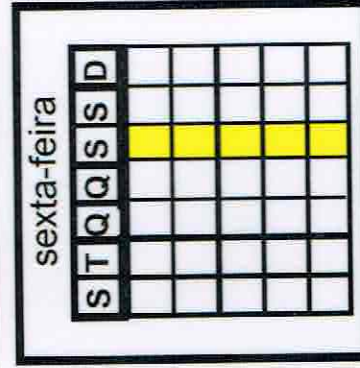
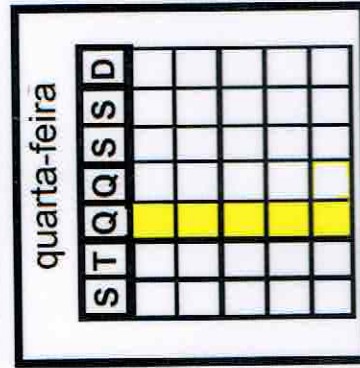
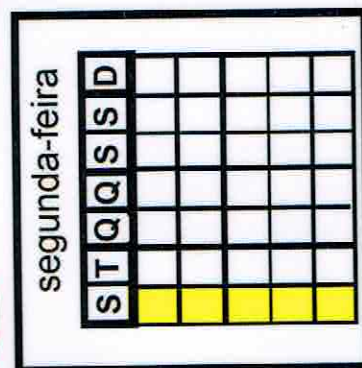
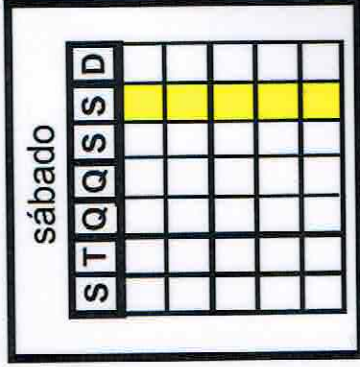
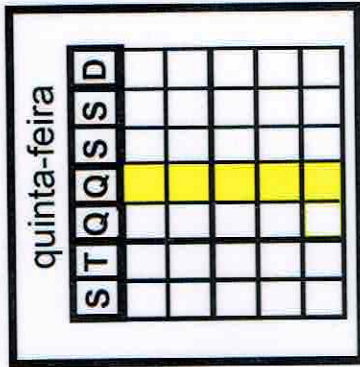
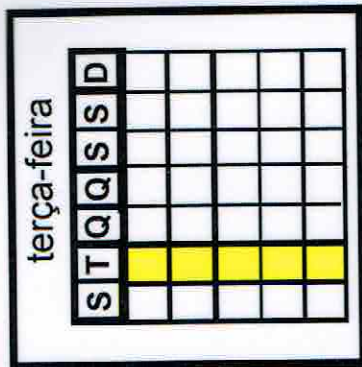
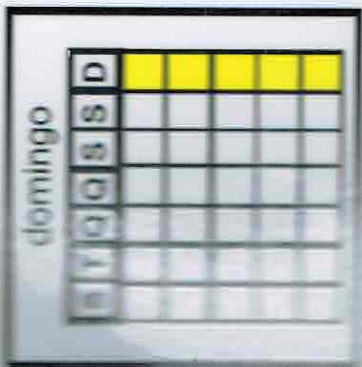
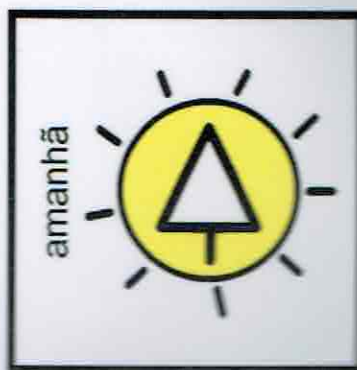
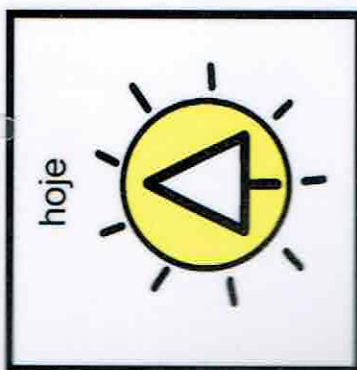
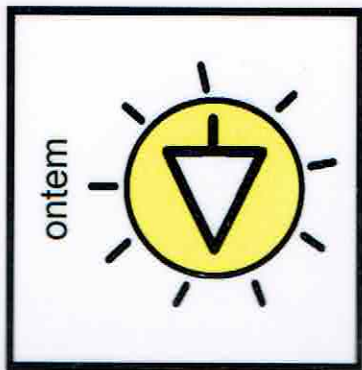
x X

s S

u U

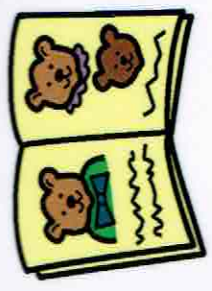
w W

CRPCG-UTAAC: Unidade Técnicas Aumentativas e Alternativas de Comunicação





história



música



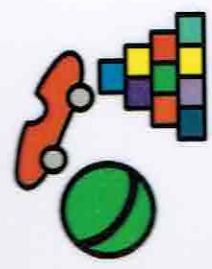
telemóvel



abraçar



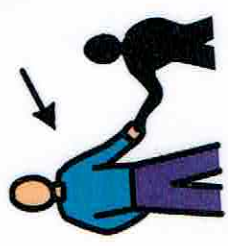
brinquedo



video



pai



dar colo



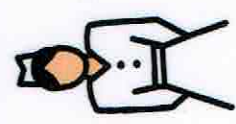
beijar



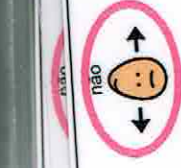
mãe



enfermeira



dar a mão



Apêndice V – Norma interna sobre a utilização do livro de comunicação
alternativa e aumentativa

Logo da instituição		DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma nº - Utilização do Caderno de Comunicação Aumentativa e Alternativa			Aprovado em:
Elaborado Por: Enfª Ana Rita Figueiredo Em: 04-02-2020	Revisto por:	Próxima Revisão:	

1- DEFINIÇÃO

Comunicação aumentativa e alternativa (CAA): Permite amplificar, complementar ou substituir a fala e tem como objetivo a maximização da função, manter as relações sociais, diminuir a ansiedade e frustração e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, com necessidades complexas ao nível da comunicação (Brownlee & Palovack, 2007).

As soluções de CAA são classificadas em três categorias: não tecnológica, baixa tecnologia e a alta tecnologia. A CAA de baixa tecnologia utiliza ferramentas básicas, como livros e painéis de exibição com léxicos alargados de imagens e frases para facilitar o processo de comunicação (Elsahar, Hu, Marouf, Kerr & Mansor, 2019).

Este é o tipo de comunicação utilizada no caderno de comunicação foco da presente norma.

2- OBJETIVOS

- Implementar a utilização do caderno de comunicação aumentativa e alternativa nas consultas de enfermagem realizadas no serviço de consulta externa de pediatria.
- Uniformizar as técnicas de comunicação utilizadas durante as consultas de enfermagem;
- Promover a existência de uma comunicação efetiva e eficaz com a criança e jovem com necessidades complexas ao nível da comunicação.

Logo da instituição		DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma nº - Utilização do Caderno de Comunicação Aumentativa e Alternativa			Aprovado em:
Elaborado Por: Enfª Ana Rita Figueiredo Em: 04-02-2020	Revisto por:	Próxima Revisão:	

3- ÂMBITO

A sua utilização destina-se a todas as crianças e jovens, com necessidades complexas ao nível da comunicação, assistidas em consulta de enfermagem no serviço de consultas externas de pediatria. Deve ser utilizado por todos enfermeiros/as do Serviço de Consulta Externa de Pediatria do CHULN-HSM.

4- RESPONSABILIDADE

Destina-se a responsabilidade de implementação da presente norma, a todos os enfermeiros/as que exercem funções no Serviço de Consulta Externa de Pediatria do CHULN-HSM.

5- REQUISITOS

Os enfermeiros deverão conhecer o caderno de comunicação aumentativa e alternativa, e adequar o seu uso nas consultas de enfermagem.

6- MATERIAL

Utilização do caderno de comunicação aumentativa e alternativa, que se encontra disponível para requisição no gabinete da Srª Enfª Chefe. Fotografias do manual no apêndice I da presente norma.

7- DESCRIÇÃO

A presente norma de procedimento propõe a utilização de um caderno de comunicação aumentativa e alternativa (CAA).

Logo da instituição		DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma nº - Utilização do Caderno de Comunicação Aumentativa e Alternativa			Aprovado em:
Elaborado Por: Enfª Ana Rita Figueiredo Em: 04-02-2020	Revisto por:	Próxima Revisão:	

No âmbito da fala e da linguagem, a fala, é frequentemente associada aos movimentos motores responsáveis pela produção de palavras expressas, enquanto a linguagem está associada às capacidades de processamento cognitivo da comunicação. Ambas as áreas podem estar comprometidas e assim, a CAA apresenta soluções para que os indivíduos, com necessidades complexas ao nível da comunicação possam comunicar.

A CAA agrega uma vasta gama de processos, que aumentam, complementam ou substituem a fala em indivíduos com necessidades complexas ao nível da comunicação.

O caderno da comunicação aumentativa e alternativa é uma ferramenta de baixa tecnologia, sendo composto por 11 itens, nomeadamente: sociais, pessoas, verbos, locais, partes do corpo, problemas de saúde, escala da dor, procedimentos e materiais de apoio, sentimentos e adjetivos, diversos e por fim intervenções para a gestão do medo.

Este caderno deve ser utilizado para comunicar com crianças e jovens, sendo que estes podem seleccionar os símbolos através do olhar, apontando, através de vocalizações, soletrar, expressões faciais, gestos e movimentos corporais. Neste processo de comunicação é determinante o trabalho em parceria com a família, devendo esta ser envolvida no processo de comunicação, funcionando como parceria e facilitadora da mesma, sem substituir a criança/ jovem.

8- ABREVIATURAS / SIGLAS

CAA - Comunicação aumentativa e alternativa.

CHULN-HSM – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria.

Logo da instituição		DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma nº - Utilização do Caderno de Comunicação Aumentativa e Alternativa			Aprovado em:
Elaborado Por: Enfª Ana Rita Figueiredo Em: 04-02-2020	Revisto por:	Próxima Revisão:	

9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

Elsahar, Y., Hu, S., Bouazza-Marouf, K., Kerr, D., & Mansor, A. (2019). Augmentative and Alternative Communication (AAC) Advances: A Review of Configurations for Individuals with a Speech Disability. *Sensors (Basel, Switzerland)*, 19 (8), 1911. Doi:10.3390/s19081911

Brownlee, A., & Palovcak, M. (2007). The role of augmentative communication devices in the medical management of ALS. *NeuroRehabilitation*, 22 (6), 445-450.

10-APÊNDICES

Apêndice I – Caderno de comunicação aumentativa e alternativa

Apêndice VI – Folheto - Vacinas sem medo encontre aqui o segredo

Devemos promover a distração com recurso a jogos, vídeos, conversa, utilização do brinquedo.

Reforço positivo antes e durante a vacinação: “tu és forte” “estás a ser muito corajoso/a”.

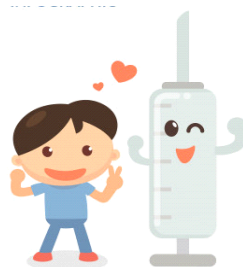
Não utilizar expressões como “não vai doer” “é uma picada de abelha” “se te portares mal vai ser pior”.

No final dar sempre reforço positivo e consolar a criança.

Caso tenha prometido alguma recompensa se a criança se portou bem não se esqueça do compromisso que fez. Caso tenha corrido menos bem, poderá dar uma recompensa mas nunca o que tinha sido prometido caso se tivesse portado bem, de modo a que a criança entenda a diferença.



É importante o trabalho em parceria entre os cuidadores e os enfermeiros para que o momento da vacinação não seja assustador e traumático.



Elaborado por:

Enf.^a Ana Rita Figueiredo

Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

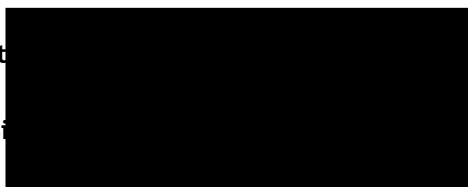
Com a supervisão da Sr.^a Enf.^a orientadora e Sr.^a Prof.^a orientadora.

Imagens retiradas de Google imagens

Contacto:

Email:

Web Site:



Vacinas sem medo encontra aqui o segredo

Estratégias para o controlo do medo em crianças de 5 anos



Outubro 2019

Gestão do Medo: Um trabalho de parceria

As crianças durante o seu processo de crescimento, e desenvolvimento, recorrem aos cuidados de saúde, nomeadamente para a realização de vacinas. Este procedimento é realizado durante os primeiros anos de vida de forma frequente, sendo por vezes um momento emocionalmente intenso para a criança e família.

As crianças guardam memória de experiências emocionalmente intensas, o que aumenta a sua angústia e medo em situações futuras.



Características das crianças de 5 anos e estratégias para o controlo do medo

O pensamento nesta idade é egocêntrico e mágico, o que limita a capacidade da criança para compreender os procedimentos de que é alvo.

A preparação prévia, através do brincar terapêutico, por exemplo, permite que a criança compreenda o procedimento e que fique familiarizada com os materiais utilizados.



A preparação prévia deve ser realizada pouco antes do procedimento de modo a não criar ansiedade antecipada na criança.

Todas as crianças são diferentes e por isso a informação dada e o modo deve ser adequado a cada criança, pois o seu pensamento mágico pode levar a diversas explicações sobre o que vai fazer e nesta idade está muito presente o medo da lesão corporal.



Utilizar o seu boneco e simular antes do procedimento pode ser uma estratégia para preparar a criança.

Esta preparação promove o conforto, favorece o relaxamento, desenvolve o sentimento de controlo e de segurança e a adesão da criança, desmistificando os medos e potenciando a expressão emocional. Durante a vacinação a criança pode escolher se prefere ficar ao colo ou sozinha, sentada na cadeira

Apêndice VII – Poster: Aplicabilidade do modelo TEEP ao contexto de internamento de pediatria

Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Diogo, 2017)¹

Categorias de Intervenção



Imagens retiradas de Google imagens

Apêndice VIII – Sessão de formação sobre o Modelo TEEP – Estratégias de gestão do medo das crianças associado aos procedimentos dolorosos



Escola Superior de Enfermagem de
Lisboa

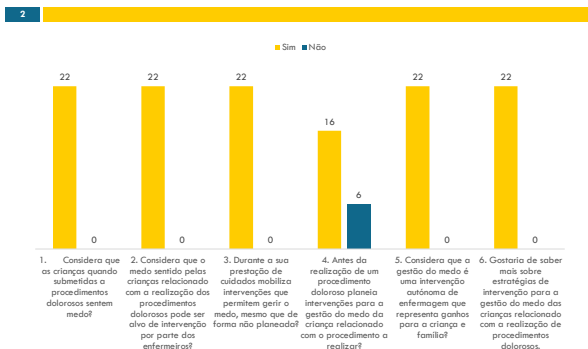
10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização
de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica Estratégias de gestão do medo das crianças associado aos procedimentos dolorosos

Enfª Ana Rita Figueiredo
anaritafigueiredo93@gmail.com
Orientação da Srª Enfª Ana Dias, Especialista em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Dezembro de 2019
Lisboa



Diagnóstico de situação



Objetivos



- Refletir sobre o Modelo TEEP como orientação para a intervenção que visa a gestão do medo das crianças associado aos procedimentos dolorosos
- Propor estratégias de intervenção para a gestão do medo associadas à realização de procedimentos dolorosos

Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



Porquê

O ambiente hospitalar é muitas vezes estranho e stressante. As crianças e família podem ter preconceitos negativos sobre o hospital (ambiente adverso, dominador e que causa insegurança). A criança precisa de proteção.

Fatores que facilitam - Ambiente físico

Pinturas nas paredes e tetos
Vídeos de desenhos animados
Brinquedos
Sala de brincadeiras

(Diogo, 2019)

Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



5

Como

Acolher
Cumprimentar
Expressar afeto
Gerar ambiente familiar
Sintonia com o mundo infantil (brincadeira; cantar; mobilizar personagens de contos de fada, de filmes ou desenhos animados)
Despedidas calorosas
Fotografias para recordar

Modo

Ambiente afetivo no qual se cria a relação com o cliente, durante os procedimentos e entre os enfermeiros.
Uso de fardas coloridas e com bonecos.

(Diogo, 2019)

Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



6



Porquê

É necessário para o desenvolvimento das crianças
É desejado
É um direito
Diminui os fatores de stress associados à hospitalização
Os cuidados não funcionam sem afetos
Pode ser tão ou mais importante do que um procedimento técnico
Facilita a execução dos procedimentos
É essencial para conquistar a confiança

Fatores que facilitam

Gostar de crianças
Modo afetivo de ser
Tempo de contacto e desenvolvimento da relação
Experiência de parentalidade

(Diogo, 2019)

Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



7

Como

• **Dádiva de afeto:** Sorriso; Voz embalada e suave; Olhar meigo Falar animado (adjetivos carinhosos, frases carinhosas, "iníhas", movimentos balanceados com a cabeça); Carinho (festas e toques suaves, beijinhos e abraços); Colo.

Quando

• **Momento próprio:** Cumprimento no início do turno; Despedidas; Tomar conta da criança.
• **Vinculada aos procedimentos:** Conforto; Posicionamento; Higiene Alimentação; Segurança; Procedimentos dolorosos.
• Envolve todos os cuidados e inclui o ambiente e relação entre colegas.

Modo

• **Spontâneo:** Ato natural
• **Intencional:** Em substituição dos pais; Aliviar o sofrimento de uma criança/jovem que está só; Planeamento de cuidados.

(Diogo, 2019)

Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



8



Porquê

O cliente vive uma experiência emocional intensa que projeta na interação.
A estabilidade das relações é essencial na prática de cuidados.
Por vezes a confiança é frágil ou está ausente
A cultura do cliente influencia
Existe recusa e defesa da pessoa
Existem conflitos mal resolvidos entre enfermeiros e cliente
A pessoa revela hostilidade
Os procedimentos são dolorosos
Existem incumprimentos
Existem momentos de quebra de confiança

(Diogo, 2019)

Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



9

Fatores que facilitam

- Pais calmos e simpáticos
- Crianças/jovens recetivos
- Enfermeiros com disponibilidade de tempo
- Sentimento de empatia e confiança
- Tempo de contacto
- Figura de referência

Como

- **Envolvimento emocional:** Ligação afetiva, proximidade, conhecimento mútuo, confiança
 - **Gestão de episódios conflituosos:** Abordagem calma e de controlo, dar espaço para a expressão, desmontar o problema, procurar a reconciliação, não fazer juízos de valor negativo
 - **Equilíbrio de poderes:** Tomada de decisão partilhada, dar espaço à função parental, colaboração mútua, participação da pessoa, partilha de informação
- (Diogo, 2019)

Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



10



Porquê

As vivências emocionais inerentes à doença e hospitalização são potencialmente intensas. Podem existir problemas emocionais anteriores. O cliente consegue lidar melhor se for ajudado.

Fatores que facilitam

Acesso prévio à informação sobre o estado emocional do cliente
Saber experiencial
Sensibilidade vigilante
Relação construída

(Diogo, 2019)

Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



11

Como

Gestão emocional de antecipação

- Demonstrar postura calma e carinhosa
- Mostrar disponibilidade
- Preparar para os procedimentos
- Fornecer explicações/informações
- Favorecer a expressão de sentimentos
- Dar reforço positivo
- Distrair

- Envolver a família nos cuidados
- Explicar e esclarecer dúvidas
- Fazer pausas
- Fomentar a esperança
- Colocar-se ao lado
- Dar carinho
- Diferenciar os momentos
- Desviar o foco de atenção
- Encorajar e restringir

Gestão das emoções reativas

(Diogo, 2019)

Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



12



Porquê

Motivação e missão
Persistência para cuidar
Vontade construtiva da relação
Experenciam situações emocionalmente intensas (ficam afetados, vivem emoções perturbadoras, existência de situações difíceis de lidar)

(Diogo, 2019)

Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



13

Fatores que facilitam

- ☐ **Compensação** (relações emocionalmente estáveis, sentimento de gratificação, sentimento de realização, as próprias crianças ajudam)
- ☐ Necessidade de gerirem as suas emoções para conseguir cuidar
- ☐ Conhecimento de si
- ☐ Apoio entre colegas

Fatores que dificultam

- ☐ Excesso de trabalho que conduz a intensificação do stress e cansaço
- ☐ Fragilidades pessoais relacionadas com experiências anteriores
- ☐ Características individuais
- ☐ Transferência para os filhos
- ☐ Conflitos na equipa de saúde

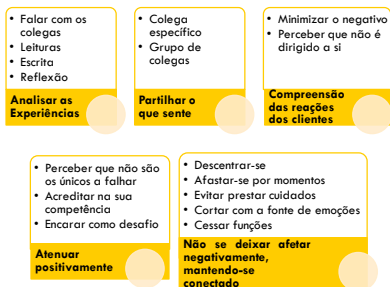
(Diogo, 2019)

Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



14

Como



(Diogo, 2019)

Medo associado à realização de procedimentos dolorosos



15

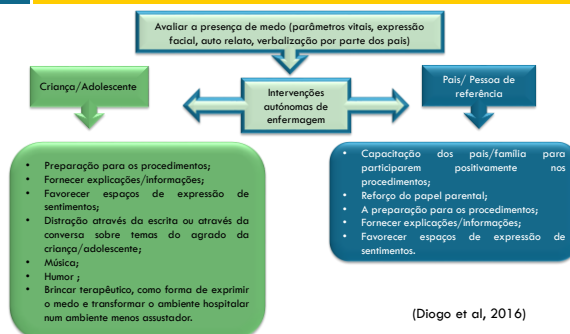
A evidência científica demonstra que o **medo** associado à **realização de procedimentos** constitui um dos **principais focos de atenção dos enfermeiros** na prestação de cuidados (Diogo *et al.*, 2017).

Assim, é determinante atender à **gestão do medo** enquanto **intervenção de enfermagem** de forma a evitar repercussões negativas no desenvolvimento da criança, resultantes de medos experienciados durante a realização de procedimentos, não só relacionados com o processo de hospitalização (Diogo *et al.*, 2016).

Estratégias de intervenção para a gestão do medo associadas à realização de procedimentos dolorosos



16

(Diogo *et al.*, 2016)

Estratégias de intervenção para a gestão do medo associadas à realização de procedimentos dolorosos



17

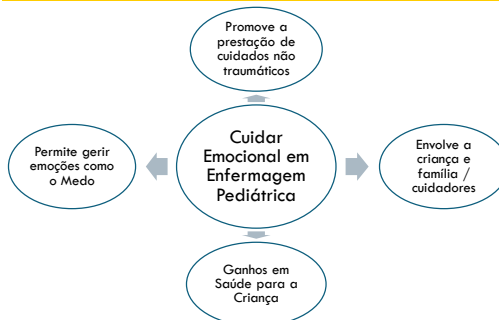
Kit sem medo

Livro "O medo"
Caixa de música
Bolas de sabão
Quadro para desenhar
Diploma de valentia para colorir
Exercício respiratório para relaxamento
Folha de auto avaliação das emoções

Considerações Finais



18



Referências Bibliográficas



19

- Damásio, A. (2001). *O Sentimento de Si: o Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência* (13.ª ed.). Mem Martins: Publicações Europa.
- Damásio, A. (2003). *Ao encontro de Espinosa: As emoções Sociais e a Neurobiologia da Consciência* (13ª edição). Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Diogo, P. (2017). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: proposta de um Modelo orientador da prática*. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/321193769_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediátrica_proposta_de_um_Modelo_orientador_da_pratica_Emotional_Labour_of_Paediatric_Nursing_a_propose_Model_for_practice_guidance
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13, 43-51.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26-47.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 – 19194.
- Sanders, J. (2014). Capítulo 26: *Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização* (p.1025-1060) in M. Hockenberry & D. Wilson (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (A. P. Fonseca, Trad.) (9ª Ed). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th Edition, 2011, Missouri: Mosby Elsevier).

Apêndice XIX - Questionário de avaliação pós sessão

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Avaliação da sessão de formação
O Medo das crianças relacionado com a realização
de procedimentos dolorosos



A sua opinião sobre esta ação de formação é para mim muito importante, pois permite desencadear um processo de melhoria contínua dos métodos utilizados em ações de formação futuras. Por favor, marque um (X) à frente de cada um dos parâmetros.

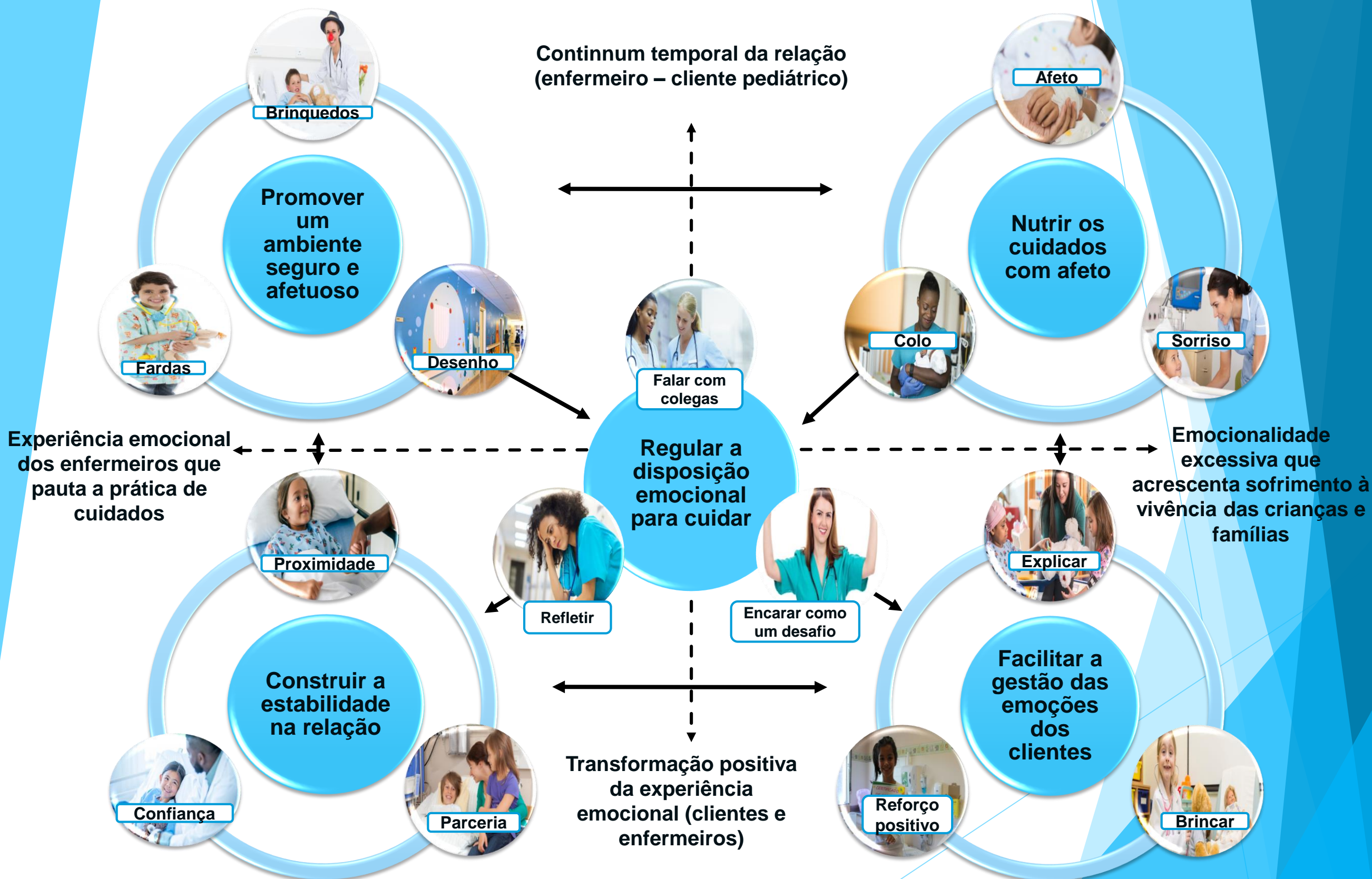
	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
Conteúdos da ação de formação					
Estrutura dos conteúdos					
Interesse/utilidade dos conteúdos					
Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados					
Equilíbrio entre a exposição teórica/prática					
Duração da ação de formação (adequação do tempo aos conteúdos)					
Domínio e clareza na exposição do tema tratado na ação de formação					
Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos					

Muito obrigada pela colaboração.

Enf.^a Ana Rita Figueiredo, Mestranda do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediatria. Sob Orientação da Sr.^a Enf.^a Ana Dias, Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Apêndice XX - Poster: Aplicabilidade do modelo TEEP ao contexto de urgência
de pediatria

Categorias de Intervenção



Imagens retiradas de Google imagens

Apêndice XI – Kit sem medo

KIT SEM MEDO

O Kit Sem Medo destina-se à aprendizagem de criança, adolescente e dos pais de estratégias para diminuir o medo e a ansiedade, associados à realização de procedimentos dolorosos. A utilização dos materiais do kit permite a implementação de estratégias cognitivas, comportamentais e sensoriais que favorecem o controlo do medo, promovendo a prestação de cuidados não traumáticos através do ato de brincar.





FELIZ

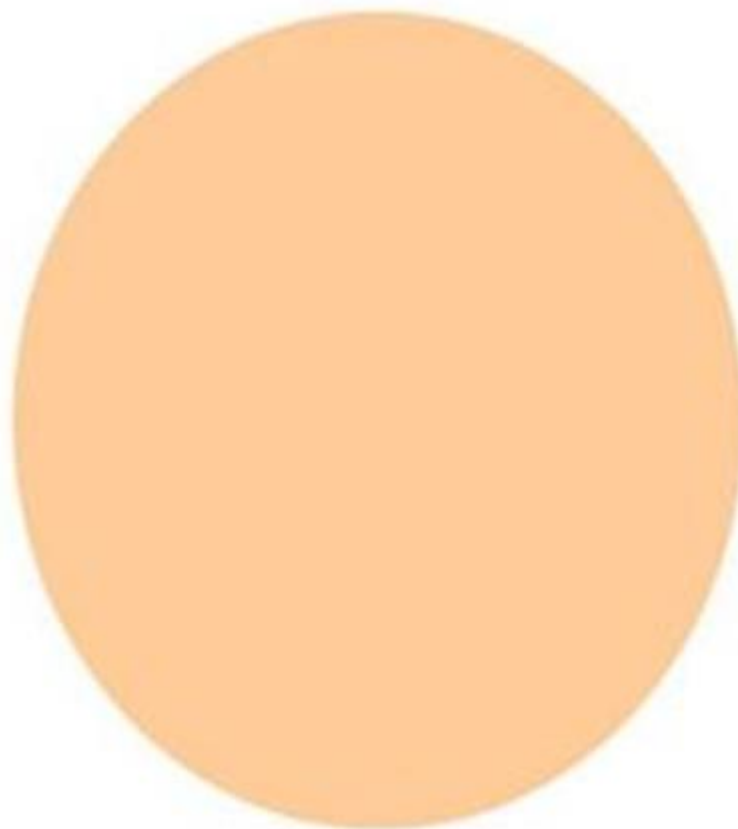
COMO TE SENTES HOJE ?



COM MEDO



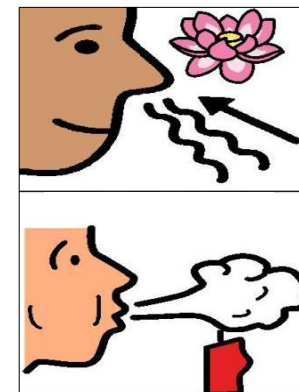
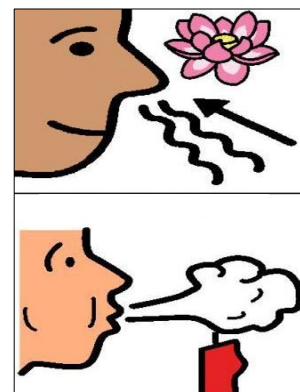
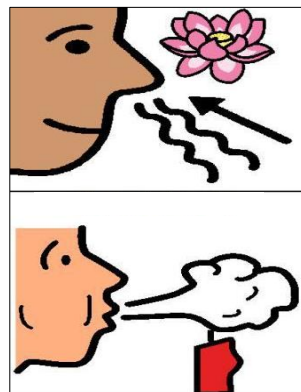
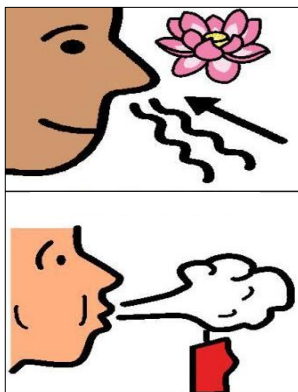
TRISTE



ZANGADO

Exercício respiratório de relaxamento

Inspirar pelos nariz, expirar lentamente o ar pela boca
1 autocolante por cada exercício



Diploma de Valentia

Vim ao hospital e recebi
este Diploma pela minha
valentia !!



____/____/____



Avaliar a presença de medo (parâmetros vitais, expressão facial, auto relato, verbalização por parte dos pais)

Criança/Adolescente

Pais/ Pessoa de referência

**Intervenções
autónomas de
enfermagem**

- Preparação para os procedimentos;
- Fornecer explicações/informações;
- Favorecer espaços de expressão de sentimentos;
- Distração através da escrita ou através da conversa sobre temas do agrado da criança/adolescente;
- Música;
- Humor;
- Brincar terapêutico, como forma de exprimir o medo e transformar o ambiente hospitalar num ambiente menos assustador.

- Capacitação dos pais/família para participarem positivamente nos procedimentos;
- Reforço do papel parental
- A preparação prévia para os procedimentos;
- Fornecer explicações/informações;
- Favorecer espaços para expressão de sentimentos.

(Diogo et al, 2016)

Materiais do Kit sem Medo



Caixa onde se encontram os materiais. Esta está na sala de trabalho de enfermagem e pode ser utilizada por todos os enfermeiros.



Quadro magnético que pode ser utilizado como meio de distração. Neste quadro as crianças podem desenhar sendo reutilizável e facilmente desinfetado.



Caixa de música giratória.



Dispensador de bolas de sabão com luz e som.



Cartão de exercícios respiratórios de relaxamento.



Livro sobre o Medo com exercícios respiratórios para o controlo do medo.

Apêndice XII – Sessão de formação sobre o Modelo TEEP – Estratégias de gestão do medo das crianças associado aos procedimentos dolorosos



Escola Superior de Enfermagem de
Lisboa

10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização
de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Estratégias de gestão do medo das crianças associado aos
procedimentos dolorosos

Enfª Ana Rita Figueiredo

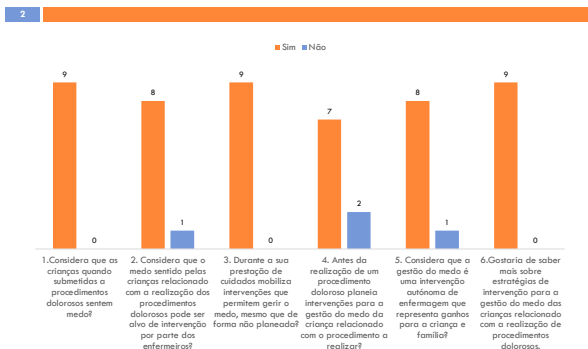
anaritafigueiredo93@gmail.com

Orientação da Srª Enfª Margarida Bonança, Especialista
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Fevereiro, 2020
Lisboa



Diagnóstico de situação



Objetivos Gerais



- Refletir sobre o Modelo TEEP como orientação para a intervenção que visa a gestão do medo das crianças associado aos procedimentos dolorosos
- Propor estratégias de intervenção para a gestão do medo associado à realização de procedimentos dolorosos

Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



Porquê

O ambiente hospitalar é muitas vezes estranho e stressante. As crianças e família podem ter preconceitos negativos sobre o hospital (ambiente adverso, dominador e que causa insegurança). A criança precisa de proteção.

Fatores que facilitam - Ambiente físico

Pinturas nas paredes e tetos
Vídeos de desenhos animados
Brinquedos
Sala de brincadeiras

(Diogo, 2019)

Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



5

Como

Acolher
Cumprimentar
Expressar afeto
Gerar ambiente familiar
Sintonia com o mundo infantil (brincadeira; cantar; mobilizar personagens de contos de fada, de filmes ou desenhos animados)
Despedidas calorosas
Fotografias para recordar

Modo

Ambiente afetivo no qual se cria a relação com o cliente, durante os procedimentos e entre os enfermeiros.
Uso de fardas coloridas e com bonecos.

(Diogo, 2019)

Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



6



Porquê

É necessário para o desenvolvimento das crianças
É desejado e é um direito
Diminui os fatores de stress associados à hospitalização
Os cuidados não funcionam sem afetos, sendo tão ou mais importante do que um procedimento técnico
Facilita a execução dos procedimentos
É essencial para conquistar a confiança

Fatores que facilitam

Gostar de crianças
Modo afetivo de ser
Tempo de contacto e desenvolvimento da relação
Experiência de parentalidade

(Diogo, 2019)

Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



7

Como

- **Dádiva de afeto:** Sorriso; Voz embalada e suave; Olhar meigo Falar animado (adjetivos carinhosos, frases carinhosas, "inhos", movimentos balanceados com a cabeça); Carinho (festas e toques suaves, beijinhos e abraços); Colo.

Quando

- **Momento próprio:** Cumprimento no início do turno; Despedidas; Tomar conta da criança.
- **Vinculado aos procedimentos:** Procedimentos dolorosos.
- Envolve todos os cuidadores e inclui o ambiente e relação entre colegas.

Modo

- **Espontâneo:** Ato natural
- **Intencional:** Em substituição dos pais; Aliviar o sofrimento de uma criança/jovem que está só; Planeamento de cuidados.

(Diogo, 2019)

Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



8



Porquê

O cliente vive uma experiência emocional intensa que projeta na interação.
A estabilidade das relações é essencial na prática de cuidados.
Por vezes a confiança é frágil ou está ausente
A cultura do cliente influencia
Existem conflitos mal resolvidos entre enfermeiros e cliente
A pessoa revela hostilidade
Os procedimentos são dolorosos
Existem incumprimentos
Existem momentos de quebra de confiança

(Diogo, 2019)

Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



9

Fatores que facilitam

- Pais calmos e simpáticos
- Crianças/jovens recetivos
- Enfermeiros com disponibilidade de tempo
- Sentimento de empatia e confiança
- Tempo de contacto
- Figura de referência

Como

- **Envolvimento emocional:** Ligação afetiva, proximidade, conhecimento mútuo, confiança
- **Gestão de episódios conflituosos:** Abordagem calma e de controlo, dar espaço para a expressão, desmontar o problema, procurar a reconciliação, não fazer juízos de valor negativo
- **Equilíbrio de poderes:** Tomada de decisão partilhada, dar espaço à função parental, colaboração mútua, participação da pessoa, partilha de informação

(Diogo, 2019)

Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



10



Porquê

As vivências emocionais inerentes à doença e hospitalização são potencialmente intensas. Podem existir problemas emocionais anteriores. O cliente consegue lidar melhor se for ajudado.

Fatores que facilitam

Acesso prévio à informação sobre o estado emocional do cliente
Saber experiencial
Sensibilidade vigilante
Relação construída

(Diogo, 2019)

Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



11

Como:

Gestão emocional de antecipação

- Demonstrar postura calma e carinhosa
- Mostrar disponibilidade
- Preparar para os procedimentos
- Fornecer explicações/informações
- Favorecer a expressão de sentimentos
- Dar reforço positivo
- Distrair

- Envolver a família nos cuidados
- Explicar e esclarecer dúvidas
- Fazer pausas
- Fomentar a esperança
- Colocar-se ao lado
- Dar carinho
- Diferenciar os momentos
- Desviar o foco de atenção
- Encorajar e restringir

Gestão das emoções reativas

(Diogo, 2019)

Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



12



Porquê

Motivação e missão
Persistência para cuidar
Vontade construtiva da relação
Experienciam situações emocionalmente intensas (ficam afetados, vivem emoções perturbadoras, existência de situações difíceis de lidar)

(Diogo, 2019)

Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



13

Fatores que facilitam

Fatores que dificultam

- ☐ Compensação emocionalmente estáveis, sentimento de gratificação, sentimento de realização, as próprias crianças ajudam)
- ☐ Necessidade de gerirem as suas emoções para conseguir cuidar
- ☐ Conhecimento de si
- ☐ Apoio entre colegas

- ☐ Excesso de trabalho que conduz a intensificação do stress e cansaço
- ☐ Fragilidades pessoais relacionadas com experiências anteriores
- ☐ Características individuais
- ☐ Transferência para os filhos
- ☐ Conflitos na equipa de saúde

(Diogo, 2019)

Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica



14

Como

- Falar com os colegas
- Leituras
- Escrita
- Reflexão

Analisar as Experiências

- Colega específico
- Grupo de colegas

Partilhar o
que sente

- Minimizar o negativo
- Perceber que não é dirigido a si

Compreensão das reações dos clientes

- Perceber que não são os únicos a falhar
- Acreditar na sua competência
- Encarar como desafio

Atenuar positivamente

- Descentrar-se
- Afastar-se por momentos
- Evitar prestar cuidados
- Cortar com a fonte de emoções
- Cessar funções

Não se deixar afetar negativamente, mantendo-se conectado

(Diogo, 2019)

Medo associado à realização de procedimentos dolorosos



15

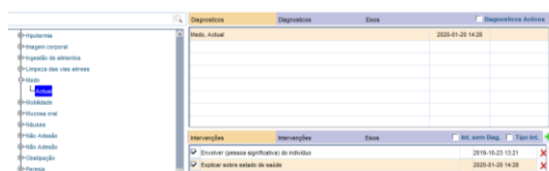
A evidência científica demonstra que o **medo** é uma emoção primária, e quando associado à **realização de procedimentos** constitui um dos **principais focos de atenção dos enfermeiros** na prestação de cuidados (Damásio, 2003, Diogo et al., 2017).

Assim, é determinante atender à **gestão do medo enquanto intervenção de enfermagem** de forma a evitar repercussões negativas no desenvolvimento da criança, resultantes de medos experienciados durante a realização de procedimentos, não só relacionados com o processo de hospitalização (Diogo *et al.*, 2016).

Diagnóstico de enfermagem
Registos



16



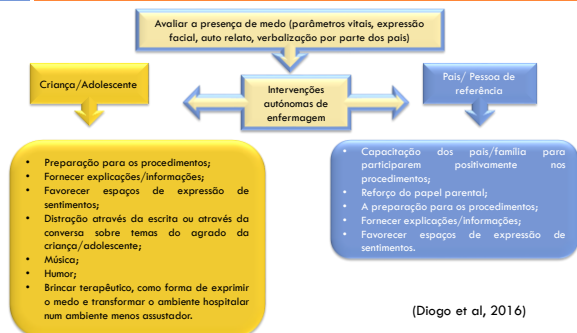
10007738	Medo	Emoção Negativa: Sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir.
----------	------	---

(CIPE, 2011)

Estratégias de intervenção para a gestão do medo associadas à realização de procedimentos dolorosos



17



Estratégias de intervenção para a gestão do medo associadas à realização de procedimentos dolorosos



18



Intervenção de enfermagem Registos



19

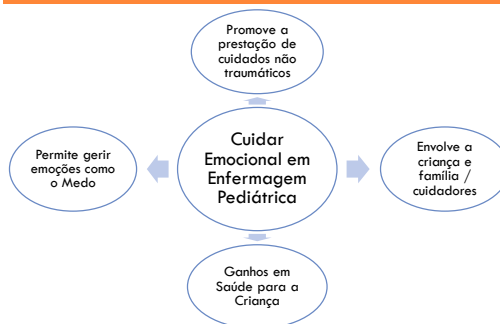
Intervenções	Intervenções	Exat	Int. sem Diag.	Temp
<input checked="" type="checkbox"/>	Envolver (pessoa significativa) do indivíduo		2019-10-23 13:21	
<input checked="" type="checkbox"/>	Explicar sobre estado de saúde		2020-01-20 14:28	
<input type="checkbox"/>	Escutar o indivíduo		2020-01-20 14:28	
<input type="checkbox"/>	Executar técnica de hipnose		2020-01-20 14:28	
<input type="checkbox"/>	Executar técnica de relaxamento		2020-01-20 14:28	
<input type="checkbox"/>	Identificar causas de medo		2020-01-20 14:28	
<input type="checkbox"/>	Promover estratégias de coping do indivíduo		2020-01-20 14:28	
<input type="checkbox"/>	Promover a esperança		2020-01-20 14:28	
<input type="checkbox"/>	Solicitar apoio para o indivíduo		2020-01-20 14:28	

Cuidado não registado é como um cuidado não prestado!

Considerações Finais



20



Referências Bibliográficas



21

- Damásio, A. (2003) *Ao encontro de Espinosa: As emoções Sociais e a Neurobiologia da Consciência* (13ª edição). Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Diogo, P. (2017). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: proposta de um Modelo orientador da prática*. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321193769-Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediátrica_proposta_de_um_Modelo_orientador_da_pratica_Emotional_Labour_of_Paediatric_Nursing_a_propose_Model_for_practice_guidance
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13, 43-51.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26–47.

Apêndice XIII – Poster: categorias de intervenção do medo TEEP aplicado ao
contexto de consulta externa de pediatria

Aplicabilidade do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica no contexto de Consulta Externa de Pediatria

Figueiredo, Ana Rita. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHLN).
Lisboa. Portugal. anaritafigueiredo93@gmail.com

1

INTRODUÇÃO

Cuidar em enfermagem

O cuidar em enfermagem abrange saberes teóricos e competências afetivas. Para cuidar é necessário atender às **emoções humanas**, o que envolve a **comunicação e expressão de sentimentos**, promovendo a existência de um equilíbrio entre a componente emocional e relacional (Watson, 2012).

Gestão das emoções

Atender à gestão das emoções é um **direito e um dever**, sendo que na Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada (1998), consta no artigo 4º que “ (...) **as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo**” (IAC, 1998, p.9) e no artigo 8º que “a **equipa de saúde deve ter formação adequada** para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família” (IAC, 1998, p.13).

Modelo TEEP

O **Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP)** (Diogo, 2015, 2019), fornece **orientações conceptuais e práticas** que permitem orientar as intervenções de enfermagem, **relacionadas com a gestão das emoções**, promovendo a prestação de **cuidados não traumáticos**.

2

OBJETIVO

Demonstrar a **aplicabilidade do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica** no cuidar da criança e família no contexto de **Consulta Externa de Pediatria (CEP)**.

3

METODOLOGIA

Observação sobre a prática e a sua **análise e sustentação em referenciais teóricos** e evidência científica de enfermagem.

É nos contextos da prática de cuidados que é possível transformar o conhecimento articulando o **saber teórico e o saber da prática**. É mobilizado o saber, com o saber fazer, e o saber ser (da ação), construindo assim o saber cognitivo, que resulta da reflexão na ação e sobre a ação (Alarcão & Rua, 2005).

4

RESULTADOS

Os **enfermeiros**, no contexto de **CEP**, mobilizam na sua prática **intervenções** que se enquadram nas **cinco categorias** de intervenção que compõe o **Modelo TEEP**, como explicitado como explicitado na Fig. 1. Cada categoria tem uma fotografia exemplificativa da aplicação no contexto.

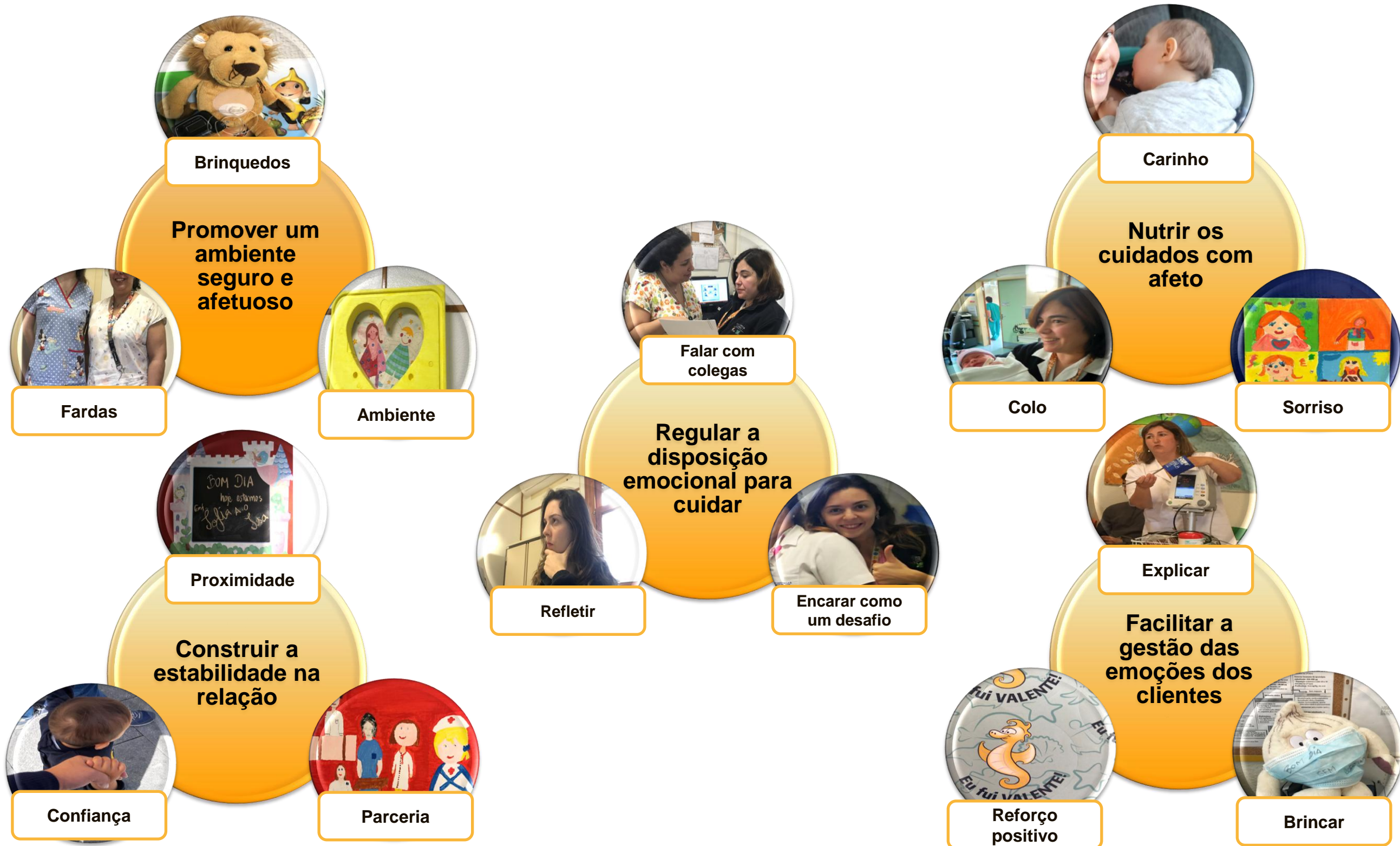


Fig. 1 - Adaptado do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Diogo, 2019)

5

CONCLUSÃO

O **Modelo TEEP** é orientador da prática, **pois evidencia e fundamenta intervenções autónomas de enfermagem**, relacionadas com o **trabalho emocional**, que representam **ganhos para as crianças, jovens e suas famílias**. É composto por **cinco categorias** indissociáveis da prática e fundamentais para a **prestação de cuidados não traumáticos**, almejando um **cuidado emocionalmente sensível**.

Referências Bibliográficas:

Alarcão, I., & Rua, I. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14 (3), 373-378.
Carta da criança hospitalizada / Instituto de Apoio à Criança. Humanização dos serviços de atendimento à criança. - Lisboa: IAC, 1998. - 9 P.: Il; 22 p. ISBN 972-8003-14-5
Diogo, P. (2015). Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar (2ª ed.). Loures: Lusociência.
Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2.ª versão revista). doi: 10.13140/RG.2.2.16091.31528.
Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing (2nd ed.)*. London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

Apêndice XIV – Livro – Panda com dói-dói mas sem medo

Ana Rita Figueiredo

PANDA COM

DÓI DÓI ...



MAS SEM
MEDO!



FICHA TÉCNICA

© 2020

Título Original: *Panda com Dói-Dói mas sem Medo*

Autora: *Ana Rita Figueiredo*

Copyrigh © Ana Rita Figueiredo, 2020

Ilustrações e Capa: *Raquel Matos*

Edição: *João Carlos Mateus*

Revisão e Consultoria: *Paula Diogo*

Como usar este Livro?

O medo das Crianças associado aos cuidados de saúde é natural e expectável, e faz parte do desenvolvimento infantil.

Os pais, profissionais de saúde e outros cuidadores que acompanham as crianças nestes momentos emocionalmente intensos, utilizam diversas estratégias para minimizar o medo, a ansiedade, a angústia e outras emoções associadas, de modo a transformar a experiência numa oportunidade de aprendizagem e adaptação à vida. Este Livro é um recurso para pais, avós e outros familiares cuidadores, educadores, professores, enfermeiros, médicos, psicólogos na gestão dos medos... para ser lido às crianças a partir dos 4 anos, e pela própria criança a partir do momento que consegue ler com autonomia.

A leitura poderá ser complementada pelos enfermeiros com demonstração de material e/ou com a simulação dos procedimentos num boneco (urso, pónei, boneca) e clarificada com explicações quando as crianças questionam ou revelam interesse em saber mais sobre algum tópico.

Acreditamos que este Livro vai contribuir para transformar positivamente as experiências em cuidados de saúde, não só das Crianças e familiares, mas também de todos os profissionais que prosseguem os cuidados não traumáticos e o superior interesse da criança.

Palavras parcas, mas sentidas, que espelham 30 anos de entrega
ao cuidado das crianças e famílias.

Paula Diogo
Professora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Doutorada em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa
Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Mãe Panda - Bom dia Panda, vamos sair da cama e ir para a escola?

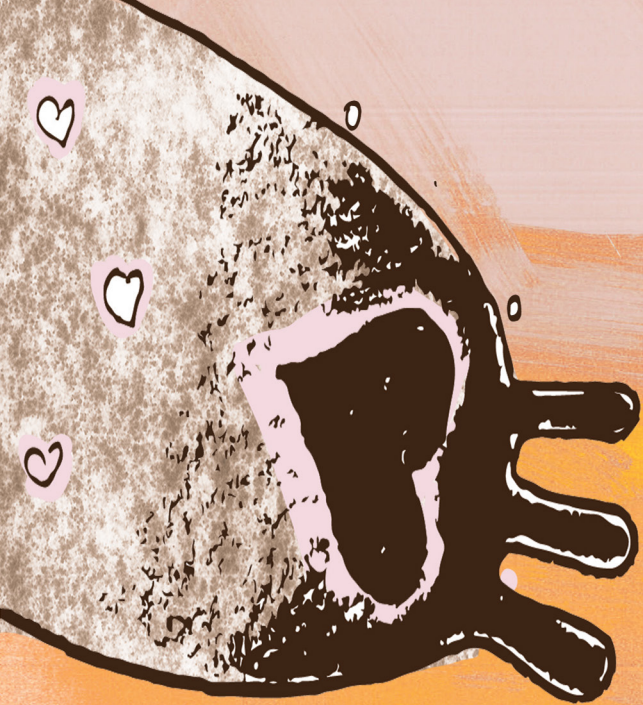
Panda - Mamã, hoje não me sinto bem, sinto um dói-dói na minha garganta e muito calor no meu corpo.

Mãe Panda - Sim estou a ver, vamos ver se tens febre!

Panda - Febre? O que é isso!?

Mãe Panda - A febre é quando o nosso corpo fica muito quente e significa que estamos a ficar doentes.





Mãe Panda - Com este super termómetro podemos descobrir se o nosso corpo está ou não doente, vamos esconder aqui debaixo do teu braço e quando apitar é como uma magia! Já sabemos se tens febre ou não.

Panda - Parece divertido! Quero fazer essa magia e descobrir se o meu corpo tem febre!

Panda - Então mamã?? Resultou??? Tenho febre?

Mãe Panda - Sim filho tens, hoje já é o terceiro dia.

Panda - Boaaa consegui fazer a magia da febre!

Mãe Panda - Agora tens de tomar um remédio mágico
e vamos ter de visitar as enfermeiras e o
que hoje estás doente e eles poderão ajudar

para a tua febre se ir embora,
médico para lhes contar
a curar o teu dói-dói.



Panda - Mamã tenho medo de entrar no hospital,
não sei o que está lá dentro!

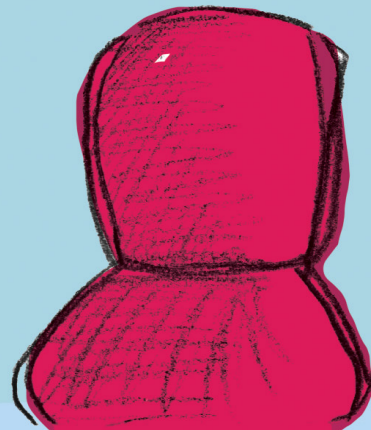
Mãe Panda - Lá dentro estão outros meninos e
meninas que também estão doentes e
estão lá muitas pessoas para os ajudar.
Essas pessoas são enfermeiras, médicos
e assistentes operacionais.
É natural que possas sentir algum medo
mas eu vou estar sempre contigo.

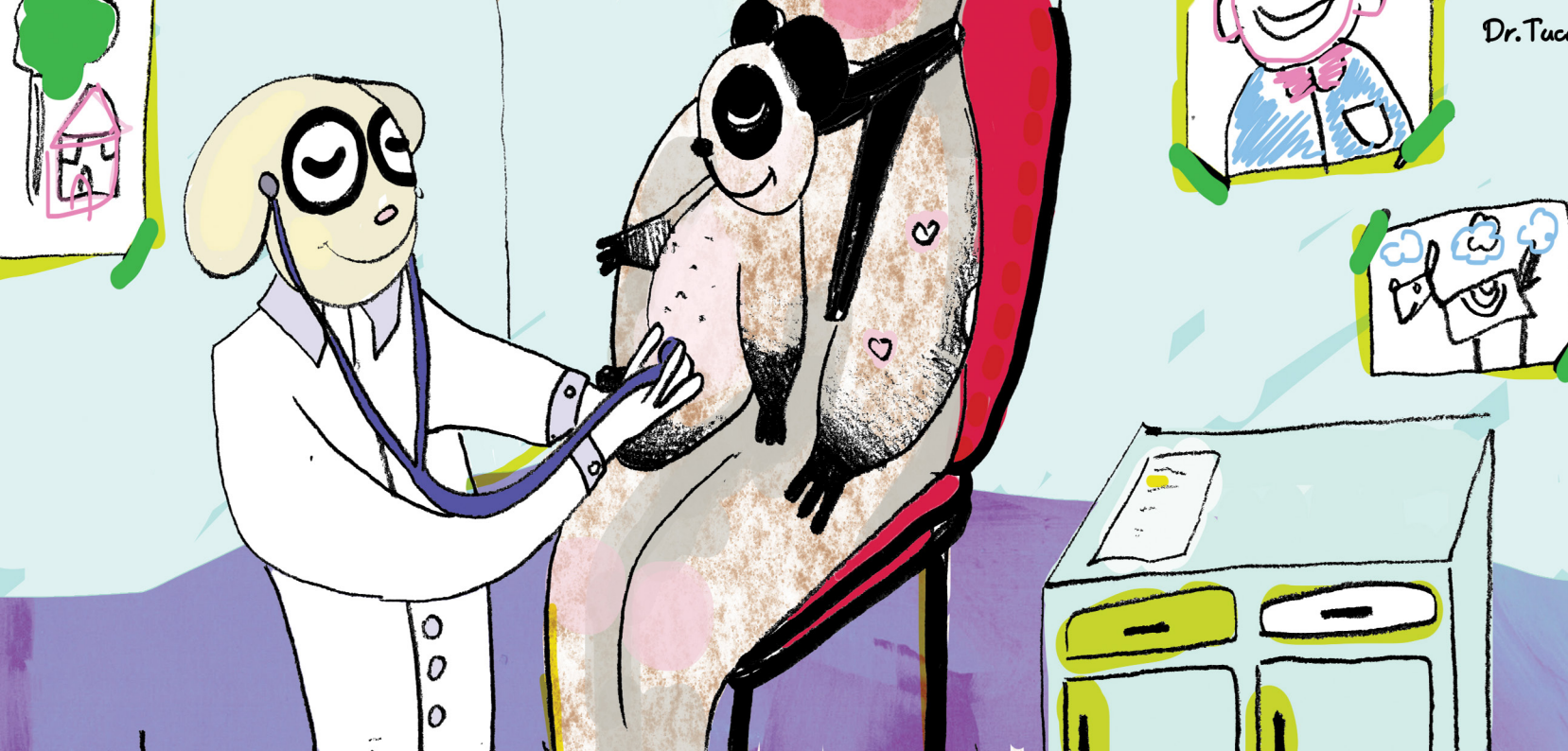


Enfermeira - Olá Panda, eu sou a
Enfermeira Tita, o que
fazes aqui no hospital?

Panda - Olá Enfermeira
Tita, vim com a mãe
porque fiz uma magia em
casa e tinha de vos mostrar
como era a minha febre!

Enfermeira - Humm! Então tens
uma febre mágica, é isso?
Vamos contar ao Doutor Tuca
para podermos curar essa febre.





Dr. Tuca - Olá pequeno Panda, então temos aqui uma febre mágica, não é verdade? Temos de descobrir de onde vem essa magia para podermos curar-te, para que possas voltar para a escola e brincar com os teus colegas.

Panda - Sim! Eu quero ir para a escola para brincar com eles!!!

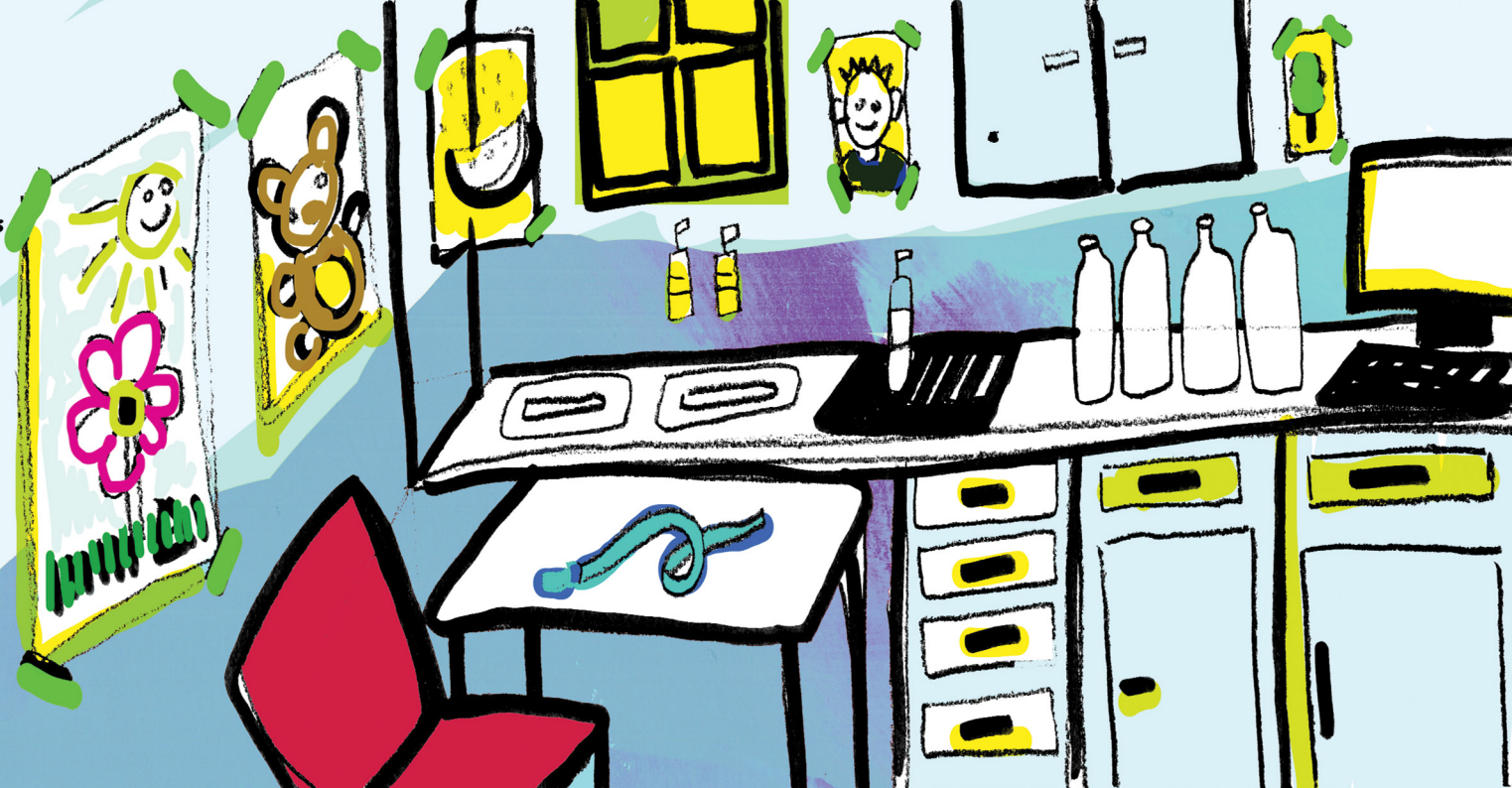
Dr. Tuca - Vamos precisar da tua ajuda e da tua valentia para resolver este mistério, posso contar contigo?

Panda - Claro que sim, eu tenho uma grande valentia! Tenho a força de um super-herói!

Enfermeira - Vamos então entrar nesta sala, vou mostrar-te os desenhos que estão na parede. Vês como são giros? Foram prendas dos meninos que estavam doentes como tu e que agora já estão curados.

Panda - Eu também quero ficar curado e poder fazer um desenho para vos oferecer!

Enfermeira - Queres sentar-te no colo da mãe? Vou precisar da tua ajuda. Para podermos descobrir o que te deixou doente. Vou colocar-te este penso mágico que vai adormecer o teu braço.



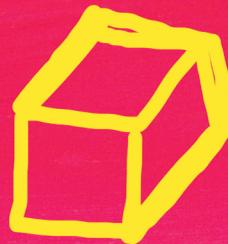


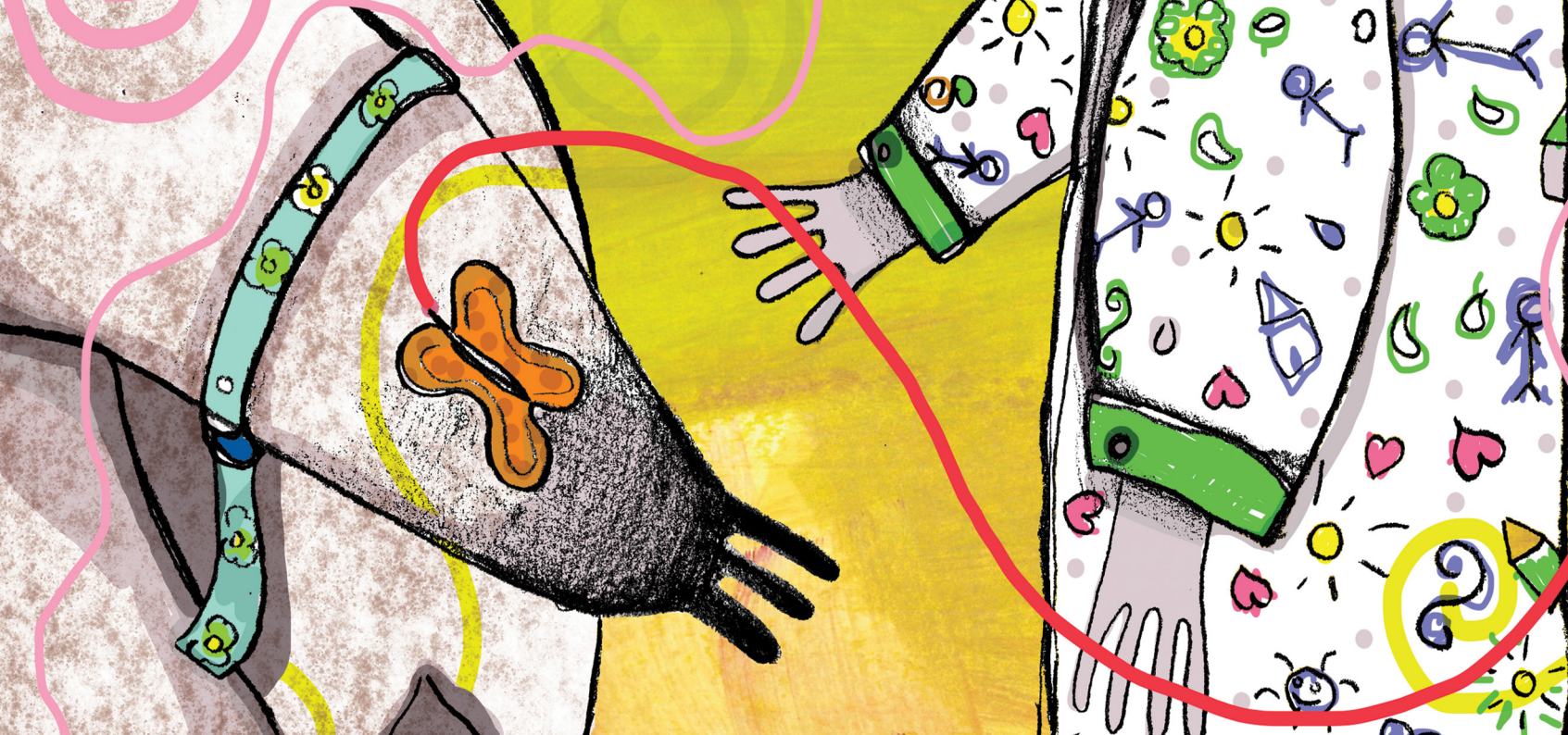
Enfermeira - Agora que o teu braço já está a
dormir vou colocar-te esta pulseira que
vai apertar um pouco e que me vai
ajudar a ver melhor as tuas veias.
As veias são como palhinhas e lá dentro
está o que nós chamamos sangue.

Enfermeira - Vou passar esta
compressa fresquinha no teu braço
para tirar o creme. Muito bem,
agora respira fundo e enche a tua
caixinha da coragem, vamos todos
juntos contar até 3. 1,2,3!



1 2 3





Enfermeira - A borboleta vai pousar
no teu braço e assim vamos
conseguir guardar um
bocadinho do teu sangue.

Panda - Mamã, mamã olha!
Parece sumo de cereja!

Mãe Panda - É verdade
Panda, parece mesmo!
Estás a ser tão corajoso,
está quase a terminar.



Enfermeira - Já está Panda!
Terminou!

Panda - Era só isto?
Foi tão fácil! Não
me doeu quase nada
e não senti medo!



Parabéns! Mereces um diploma de valentia! Foste muito corajoso! Já sabemos o que se passa contigo. Vais tomar este xarope e amanhã já podes voltar para a escola! E assim o pequeno Panda foi embora do hospital muito sorridente com a sua mãe levando com ele o diploma de valentia que amanhã vai mostrar a todos os colegas na escola. Vir ao hospital não precisa de ser assustador e podemos aprender coisas realmente mágicas!





Apêndice XV – Grelha de observação de cuidados

GRELHA DE OBSERVAÇÃO

MODELO DO TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

GESTÃO DO MEDO RELACIONADO COM OS PROCEDIMENTOS DOLOROSOS

Categorias de Intervenção	Estratégias implementadas	Observação
1. Promover um ambiente seguro e afetivo Porquê: O ambiente hospitalar é muitas vezes estranho e stressante. O cliente tem preconceitos negativos sobre o hospital (ambiente adverso, dominador e que causa insegurança). A criança precisa de proteção. Fatores que facilitam: Ambiente físico. Pinturas nas paredes e tetos. Vídeos de desenhos animados. Brinquedos. Sala de brincadeiras.	Acolher	
	Cumprimentar	
	Expressar afeto	
	Gerar ambiente familiar	
	Preservar o quarto/unidade da pessoa	
	Sintonia com o mundo infantil (brincadeira; cantar; mobilizar personagens de contos de fada, de filmes ou desenhos animados)	
	Despedidas calorosas/ fotografias para recordar	
2. Nutrir os cuidados com afeto Porquê: É necessário para o desenvolvimento das	Dádiva de afeto	
	Sorriso	

<p>crianças É desejado É um direito Diminui os fatores de stress associados à hospitalização Os cuidados não funcionam sem afetos Pode ser tão ou mais importante do que um procedimento técnico Facilita a execução dos procedimentos É essencial para conquistar a confiança</p> <p>Fatores que facilitam Gostar muito de crianças Considerar as crianças como se fossem o seu próprio filho ou alguém da família Modo afetivo de ser Tempo de contacto e desenvolvimento da relação Experiência de parentalidade</p>	Voz embalada e suave	
	Olhar meigo	
	Falar amimado (adjetivos carinhosos, frases carinhosas, “inhos”, movimentos balanceados com a cabeça)	
	Carinho (festas e toques suaves, beijinhos e abraços)	
	Colo	
<p>3. Gerir as emoções dos clientes</p> <p>Porquê: As vivências emocionais inerentes à doença e hospitalização são potencialmente intensas Podem existir problemas emocionais anteriores O cliente consegue lidar melhor se for ajudado</p> <p>Fatores que facilitam: Acesso prévio à informação sobre o estado emocional do cliente Saber experiencial Sensibilidade vigilante Relação construída</p>	Gestão emocional de antecipação	
	Demonstrar postura calma e carinhosa	
	Mostrar disponibilidade	
	Preparar para os procedimentos	
	Fornecer explicações/informações	
	Favorecer a expressão de sentimentos	
	Dar reforço positivo	
	Distrair	

	Gestão das emoções reativas	
	Envolver a família nos cuidados	
	Explicar e esclarecer dúvidas	
	Fazer pausas	
	Fomentar a esperança	
	Colocar-se ao lado	
	Dar carinho	
	Diferenciar os momentos	
	Desviar o foco de atenção	
	Encorajar e restringir	
	Envolvimento emocional	
<p>4. Construir a estabilidade na relação</p> <p>Porquê: O cliente vive uma experiência emocional intensa que projetam na interação A estabilidade das relações é essencial na prática de cuidados Por vezes a confiança é frágil ou está ausente A cultura do cliente influencia Existe recusa e defesa da pessoa Existem conflitos mal resolvidos entre enfermeiros e cliente A pessoa revela hostilidade Os procedimentos são dolorosos Existem incumprimentos Existem momentos de quebra de confiança</p>	Ligação afetiva	
	Proximidade	
	Conhecimento mútuo	
	Confiança	
	Gestão de episódios conflituosos	
	Abordagem calma e de controlo	
	Dar espaço para a expressão	

<p>Fatores que facilitam: Pais calmos e simpáticos Crianças/jovens recetivos Enfermeiros com disponibilidade de tempo Sentimento de empatia Sentimento de confiança Tempo de contacto Figura de referência</p>	Desmontar o problema	
	Procurar a reconciliação	
	Não fazer juízos de valor negativo	
	Equilíbrio de poderes	
	Tomada de decisão partilhada	
	Dar espaço à função parental	
	Colaboração mútua	
	Participação da pessoa	
	Partilha de informação	
<p>5. Regular a disposição emocional para cuidar</p> <p>Porquê: Motivação e missão Persistência para cuidar Vontade construtiva da relação Experienciam situações emocionalmente intensas (ficam afetados, vivem emoções perturbadoras, existência de situações difíceis de lidar)</p> <p>Fatores que facilitam: Compensação (relações emocionalmente estáveis, sentimento de gratificação, sentimento de realização, as próprias crianças ajudam) Necessidade de gerirem as suas emoções para conseguir cuidar Conhecimento de si Apoio entre</p>	Analisar as experiências	
	Falar com os colegas	
	Leituras	
	Escrita	
	Reflexão	
	Partilhar o que sente	
	Colega específico	
	Grupo de colegas	

<p>colegas</p> <p>Fatores que dificultam: Excesso de trabalho que conduz a intensificação do stress e cansaço</p> <p>Fragilidades pessoais relacionadas com experiências anteriores</p> <p>Características individuais</p> <p>Transferência para os filhos</p> <p>Conflitos na equipa de saúde</p>	Compreensão das reações dos clientes	
	Minimizar o negativo	
	Perceber que não é dirigido a si	
	Atenuar positivamente	
	Perceber que não são os únicos a falhar	
	Acreditar na sua competência	
	Encarar como desafio	
	Não se deixar afetar negativamente mantendo-se conectado	
	Descentrar-se	
	Afastar-se por momentos	
	Evitar prestar cuidados	
	Cortar com a fonte de emoções	
	Cessar funções	

Apêndice XVI – Análise reflexiva dos dados observados e registrados em
contexto da USF



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA
DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
INFANTIL E PEDIATRIA**

UNIDADE CURRICULAR

ESTÁGIO

**Análise reflexiva dos dados obtidos através da aplicação
da grelha de observação**

Discente:

Ana Rita Esteves Figueiredo nº 5268

LISBOA

O processo de cuidar em enfermagem engloba saberes teóricos mas também competências afetivas (Diogo, 2015). Para cuidar é necessário atender às emoções humanas, o que envolve a comunicação e expressão de sentimentos, promovendo a existência de um equilíbrio entre a componente emocional e relacional (Watson, 2012).

O ato de cuidar em enfermagem pediátrica reveste-se de particularidades pois as crianças encontram-se em diferentes fases de crescimento e desenvolvimento e possuem necessidades distintas. Um dos pilares da filosofia dos cuidados pediátricos está relacionado com a prestação de cuidados não traumáticos que são entendidos como sendo o

(...) fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares, em qualquer local, no sistema de cuidados de saúde. (...) O objetivo primordial na prestação de cuidados não traumáticos é: primeiro que tudo, não causar dano. Três princípios fornecem a estrutura para alcançar esse objetivo: (1) prevenir ou minimizar a separação da criança e da sua família, (2) promover uma sensação de controlo, e (3) prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor. (...) (Hockenberry & Barrera in Hockenberry & Wilson, 2014, p.11-12)

Procedimentos como o rastreio precoce, ou a vacinação, são vivenciados pela criança, e família, durante os primeiros meses de vida. Estas vivências são exemplos de processos que representam momentos emocionalmente intensos e geradores de medo e ansiedade.

Assim, é importante compreender como é que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria gere o medo da criança e dos pais relacionado com os procedimentos dolorosos. Esta gestão do medo é transversal a todas as faixas etárias, sendo que controlar a dor, a ansiedade e o medo, relacionado com a realização de procedimentos, é uma questão importante até sobre o ponto de vista ético. É de realçar que na Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada (1998) consta no artigo 4º que “ (...) as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (IAC, 1998, p.9) e no artigo 8º consta que “a equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família” (IAC, 1998, p.13).

Em idade pediátrica a emoção do medo, quando sentido de forma intensa e constante, pode alterar a capacidade da criança para enfrentar as situações adversas. Assim, é determinante atender à gestão do medo enquanto

intervenção de enfermagem por forma a evitar repercussões negativas no desenvolvimento da criança resultantes de medos experienciados durante a realização de procedimentos (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016).

Os enfermeiros devem estar sensibilizados para a importância da gestão do medo em todos os contextos da prestação de cuidados, sendo que será alvo de análise três situações observadas no contexto de cuidados de saúde primários.

No âmbito dos cuidados de saúde primários, a consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil tem por base as diretrizes do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2012). Sendo que, a consulta de enfermagem é designada como sendo uma

(...) atividade autónoma com base em metodologia científica, que permite ao Enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar planos de cuidados de acordo com o grau de dependência dos utentes em termos de enfermagem, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respetiva reformulação das intervenções de enfermagem” (Ministério da Saúde, 1999).

As consultas de enfermagem são calendarizadas de acordo com as idades consideradas “chave”, como recomendado pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013), por representarem etapas significativas ao nível do desenvolvimento físico e psicomotor, da socialização, alimentação e da escolaridade. Existe também uma calendarização destas consultas com o esquema cronológico do preconizado no Plano Nacional de Vacinação (2017) o que aumenta a adesão ao mesmo, pela vacinação oportunista durante as consultas de vigilância.

Um dos objetivos delineados para este campo de estágio foi desenvolver competências de enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na gestão do medo da criança face aos procedimentos dolorosos associados aos cuidados de saúde. Para alcançar este objetivo foram definidas atividades a desenvolver, entre elas a construção e aplicação de uma grelha de observação, baseada no modelo do trabalho emocional em enfermagem pediátrica, com a finalidade de observar como é realizada a gestão do medo relacionado com os procedimentos dolorosos no âmbito dos cuidados de saúde primários.

A aplicação desta grelha de observação decorreu durante 3 turnos, com crianças de faixas etárias distintas, nesta reflexão será feita menção a três observações.

A gestão do medo dos pais relacionado com a realização de procedimentos dolorosos - Diagnóstico precoce

A primeira situação em análise foi observada durante a realização da consulta de saúde infantil de um recém-nascido com 6 dias de vida onde foi realizado o rastreio neonatal, conhecido pelos pais das crianças como “teste do pezinho”. O recém-nascido, sexo masculino, raça caucasiana, encontrava-se acompanhado pelos pais. A análise dos dados observados é centrada nos pais da criança e no medo que estes podem sentir relacionado com a realização deste procedimento doloroso, que envolve a punção do calcanhar com o objetivo de preencher com sangue o espaço correspondente no cupão do rastreio neonatal.

Na Unidade de Saúde Familiar, existe a metodologia de trabalho por enfermeiro de família. Esta metodologia permite que o enfermeiro faça um acompanhamento da família ao longo do seu ciclo vital, proporcionando deste modo uma relação de confiança e proximidade.

A primeira categoria de intervenção diz respeito ao **promover um ambiente seguro e afetivo** e neste âmbito o acolhimento dos pais, o cumprimentar, a expressão do afeto, foram observados com grande naturalidade e proximidade. A enfermeira é uma profissional de saúde de referência para esta família e existe uma relação terapêutica previamente construída. Relativamente ao ambiente, o gabinete de saúde infantil possui paredes de tom azul claro, nas paredes tem desenhos de ursinhos em tom azul com frutas e legumes em redor, apresenta também alguns animais do campo como galinhas e um trator. O gabinete é composto também por uma pequena bancada, com uma cadeira que permite que a criança se possa sentar. Nesta bancada estão livros infantis e uma caixa com diversos brinquedos que podem ser utilizados em diferentes faixas etárias. É uma sala espaçosa com luz natural, possui duas macas independentes, uma balança, uma craveira, várias fitas para avaliação do perímetro cefálico, uma secretária com computador onde são realizados os registos da consulta de enfermagem e na parede que está atrás da secretária, estão afixadas algumas fotografias de crianças que os pais foram trazendo como recordação. Estes são aspetos importantes pois o

ambiente pediátrico permite diminuir o medo e ansiedade da criança pela familiaridade com os desenhos do espaço envolvente.

A segunda categoria de intervenção da grelha diz respeito ao **nutrir cuidados com afeto**, neste âmbito, a família foi recebida com um sorriso por parte da enfermeira, utilizando a voz num tom suave e de forma calma e um olhar meigo e ternurento na abordagem ao recém-nascido. O falar “amimado” com a criança, com utilização de expressões carinhosas como “o seu menino”, o pegar ao colo durante a consulta e o dar uma festa na cabeça depois da realização do procedimento, são aspetos que surgem na prestação de cuidados de forma espontânea, embora seja reconhecido pela enfermeira a intencionalidade na ação.

A terceira categoria de intervenção está relacionada com a **gestão das emoções dos clientes**, na situação em análise, os clientes alvo desta intervenção são os pais do recém-nascido. Neste âmbito, surge com especial relevância o trabalho em parceria com os pais como forma de gestão das suas emoções. O acesso prévio à informação sobre o estado emocional, o saber experiencial, a sensibilidade e a relação previamente construída são fatores que facilitam esta gestão das emoções (Diogo, 2018). Algumas das estratégias implementadas neste âmbito são a adoção de uma postura calma e carinhosa, que se relaciona com o item anterior do nutrir os cuidados com afeto. Foi também demonstrada disponibilidade para esclarecer dúvidas dos pais antes do procedimento, foram preparados os pais para o procedimento através do fornecimento de explicações e informações e dando espaço para a expressão de sentimentos. Dar o reforço positivo, sendo que este reforço pode ser dado não só em aspetos relacionados com o procedimento mas também com aspetos relacionados com os cuidados ao recém-nascido. Nesta situação em particular, foi interessante verificar como a enfermeira deu um reforço positivo relacionado com a amamentação dizendo: “está a correr muito bem!”; “está a alimentar muito bem o seu menino!”. Deste modo estamos a reforçar a confiança dos pais, promovendo a amamentação e o reforço do papel parental. Ainda ao nível da **gestão emocional de antecipação** (antes da realização do procedimento) foi interessante verificar a mobilização da estratégia não farmacológica para o controlo da dor recorrendo à sucção nutritiva e distração

conversando com o recém-nascido e com os pais durante o procedimento, desviando o foco de atenção do procedimento doloroso. Ao **nível da gestão emocional reativa**, foi interessante observar a forma como a enfermeira envolveu os pais durante a prestação de cuidados, dando espaço ao pai e mãe para pegarem no recém-nascido ao colo. No caso observado foi a mãe a tomar essa iniciativa, tendo sido sugerido pela enfermeira que o recém-nascido fosse colocado na mama para “ficar distraído a mamar” “para ficar mais consolado”.

Durante o procedimento a enfermeira foi esclarecendo dúvidas e dando explicações. Após a punção do calcanhar, a enfermeira explicou que não iria causar mais dor, que teria só de colocar umas “gotinhas no teste”, que agora ele estaria só a reclamar por ter o pé apertado. Estas são pequenas informações que ajudam os pais a entender as reações do recém-nascido, diminuindo a sua ansiedade e medo da dor, promovendo o envolvimento dos pais durante o procedimento, criando uma expectativa em relação ao que está a ser feito.

A quarta categoria de intervenção diz respeito ao **construir a estabilidade na relação**, este item diz respeito à ligação afetiva entre a família e o enfermeiro de referência, a proximidade, o conhecimento mútuo e a relação de confiança. No momento de observação não surgiu nenhuma situação onde fosse necessário realizar a gestão de episódios conflituosos. O equilíbrio de poderes esteve sempre presente, com uma tomada de decisão partilhada, dando espaço para a função parental, ocorrendo uma colaboração mútua com incentivo dos pais em participar no procedimento e partilha de informação.

Não foi observada a mobilização de estratégias no âmbito da categoria de intervenção **regular a disposição emocional para cuidar**.

A gestão do medo relacionado com a realização de procedimentos dolorosos – vacinação aos 5 anos

A situação em análise é referente a uma criança de 5 anos de idade, sexo feminino, raça caucasiana, com diagnóstico de autismo. Esta patologia traduz-se em défices ao nível da comunicação e na interação social, assim como por padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades (American Psychiatric Association, 2013). No caso em análise a criança era colaborante nos procedimentos realizados e comunicativa quando interpolada embora não realizasse contacto visual, desviava o olhar quando abordada.

Esta criança foi observada no âmbito da consulta de saúde infantil e juvenil, onde recorreu para realização da consulta de vigilância preconizada aos 5 anos e realização das vacinas recomendadas pelo Plano Nacional de Vacinação (2017), nomeadamente a VASPR (sarampo, parotidite epidémica, rubéola) e DTPaVIP (difteria, tétano, tosse convulsa e poliomielite). Esta criança encontra-se em idade pré-escolar onde predomina o pensamento egocêntrico e mágico, o que limita a capacidade da criança para compreender os procedimentos de que é alvo. Nas crianças desta faixa etária predomina o medo da lesão corporal (Sanders in Hockenberry & Wilson, 2014). Esta é uma criança que apresenta um desenvolvimento cognitivo com algumas alterações face ao esperado para a faixa etária onde se encontra e por esse motivo importa ajustar a linguagem e as intervenções.

Através da aplicação da grelha de observação na primeira categoria de intervenção, referente ao **promover um ambiente seguro e afetuoso**, esta criança e a sua mãe foram sempre acompanhadas pela enfermeira de família. Foi no âmbito das consultas de vigilância que foram detetadas alterações ao nível do desenvolvimento e foi acompanhado o crescimento e desenvolvimento até ao estabelecimento do diagnóstico médico. Existe por isso uma grande proximidade entre a enfermeira de família, a mãe e a criança. O acolhimento foi feito com um sorriso, o gabinete onde são realizadas as consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil já foi anteriormente descrito sendo promotor de um ambiente pediátrico, e para a criança não era um ambiente estranho, tendo começado logo a brincar com os brinquedos que se encontravam na sala. Este

é um ambiente onde a criança se sentiu confiante para explorar e para brincar, estando confortável com a presença dos profissionais de saúde.

Ao nível da segunda categoria de intervenção observada que corresponde ao **nutrir os cuidados com afeto**, o sorriso, o olhar meigo, o beijinho quando recebeu a criança, foram mobilizados pela enfermeira, uma vez mais de uma forma muito natural e com grande proximidade com a família. Existe uma relação terapêutica e uma relação de confiança previamente estabelecidas que permite que na prestação de cuidados os afetos estejam presentes e sejam mobilizados de modo intrínseco à prestação de cuidados.

A terceira categoria de intervenção observada, está relacionada com a **gestão das emoções dos clientes**, nomeadamente a gestão de emoções de antecipação. Neste âmbito a mãe da criança referiu: “na última vez foi muito difícil!”; “tivemos de agarrar à força!”; “ela chorou muito!”; “desta vez também não vai ser fácil! Não sei como vamos fazer isto?”; “ela nem sabe para o que vem!”.

A enfermeira manteve uma postura calma, esclareceu dúvidas relacionadas com a vacinação e forneceu informação sobre os possíveis efeitos secundários das vacinas administradas e vigilância a realizar. Deu espaço para a expressão de sentimentos por parte da mãe que se encontrava ansiosa com o procedimento que iria ser realizado, pois a última experiência tinha sido traumática para ambas. Ao nível das estratégias a enfermeira deu um reforço positivo: “vai correr bem.”; “ela vai ser forte!”; “com a sua ajuda vamos conseguir.”. Ao nível da preparação para o procedimento, a criança não queria ficar sentada sozinha mas também não queria ficar no colo da mãe, então foi sugerido o posicionamento através do abraço. A criança ficou ao colo da mãe virada de frente para ela enquanto a abraçava. Foi mobilizada a estratégia não farmacológica para o controlo da dor, a distração, foi utilizado um livro e comecei a ler uma história enquanto a criança abraçava a mãe, ao mesmo tempo que a enfermeira administrou a vacina no membro superior esquerdo. A criança manteve-se atenta à história e só no final da administração acabou por se afastar da mãe e chorar dizendo: “aiiii!... doeu!”. Ao que a enfermeira respondeu: “tens razão doeu sim, vamos colocar um penso com

uma carinha feliz para ajudar a curar o teu braço!”. A enfermeira colocou um penso e desenhou uma cara feliz, a criança sorriu e dizia: “mãe! Mãe! Olha o braço!”. Foi feita uma pequena pausa, e foi novamente desviado o foco de atenção com recurso ao livro. De seguida foi repetido o mesmo procedimento para a administração da vacina do membro superior direito e após a administração, a criança pediu logo o penso, enquanto a mãe a consolava juntamente com a enfermeira dizendo: “já passou!”; “foste muito forte!”.

Ao nível da categoria de intervenção **construir a estabilidade na relação**, já existia uma relação prévia de proximidade, confiança e conhecimento mútuo pelo que estes aspetos acabaram por ser mantidos e reforçados durante esta consulta através das intervenções mobilizadas que culminaram numa experiência positiva e não traumática para a criança e para a mãe. O equilíbrio de poderes esteve sempre presente verificando-se um trabalho de parceria durante a prestação de cuidados e realização do procedimento. Neste âmbito foi interessante verificar que a enfermeira questionou a mãe: “podemos vacinar?”; existindo uma tomada de decisão partilhada, dando espaço à mãe para decidir de modo livre e esclarecido sobre a saúde da criança. Existiu uma partilha de informação sobre o que aconteceu previamente e sobre qual a melhor forma de intervir para que o procedimento decorresse da forma menos traumática para a criança.

Não foi observada a mobilização de estratégias no âmbito da categoria de intervenção **regular a disposição emocional para cuidar**.

A gestão do medo relacionado com a realização de procedimentos dolorosos – vacinação aos 10 anos

O medo é transversal a todas as faixas etárias e caracteriza-se, segundo Damásio (2001), por ser um estado emocional no qual o indivíduo experiencia sensações que lhe são desagradáveis, apreensão ou tensão, simultaneamente com reações fisiológicas. O medo, enquanto emoção primária identificada por Damásio (2001), pode ser manifestado por comportamentos como ansiedade, apreensão, nervosismo, preocupação, consternação, receio, precaução, preocupação, aflição, desconfiança, pavor, horror, terror, e como psicopatologia fobia e pânico (Diogo *et al.*, 2017).

A última observação foi realizada na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil, de um rapaz de 10 anos de idade, raça caucasiana.

Na primeira categoria de intervenção, **promover um ambiente seguro e afetivo**, este jovem já conhecia a enfermeira e cumprimentou-a tratando-a pelo seu nome. A mãe também já conhecia a enfermeira e cumprimentou-a com a mesma familiaridade. Na consulta todos são tratados pelo seu nome, e embora para efeitos académicos não seja feita menção aos mesmos, e seja utilizados os termos mãe e criança, na consulta todos são tratados pelo seu nome próprio e na ficha informática consta o nome dos membros do agregado familiar.

Na categoria, **nutrir os cuidados com afeto**, o sorriso e a voz calma foram sempre uma constante. Ao nível da **gestão das emoções**, nomeadamente as emoções de antecipação, a enfermeira manteve sempre uma postura calma, esclareceu dúvidas quando o jovem perguntou: “mas quantas vacinas são?”, preparando-o para o procedimento dando reforço positivo: “tu és forte, vais conseguir!”; “vamos contar juntos até 3 e quando deres por isso já terminou!”. E durante o procedimento mobilizou a distração, falou da escola nova, das disciplinas que mais gosta, desviando o foco de atenção do procedimento. Durante o procedimento foi mantendo o reforço positivo: “está a correr muito bem!”; “conseguiu descontrair o teu braço. Isso ajuda muito!”. O jovem colaborou no procedimento e no final disse “afinal não

doeu, eu achava que ia doer muito mais, eu estava com medo!”. Quando avaliada a dor com recurso à escala numérica de avaliação da dor, foi quantificada como uma dor 1 e após o procedimento uma dor 0.

Na categoria de avaliação, **construir a estabilidade na relação**, a enfermeira tem acompanhado esta família desde a gravidez e por isso já existe uma grande proximidade e conhecimento mútuo com uma relação de confiança bem sedimentada.

Não foi observada a mobilização de estratégias no âmbito da categoria de intervenção **regular a disposição emocional para cuidar**.

APLICABILIDADE DO MODELO TEEP E AS COMPETÊNCIAS DO EESIP

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) detém competências específicas que permitem intervir de forma especializada em diferentes unidades de intervenção. No âmbito da gestão das emoções é determinante a intervenção do EESIP pois representa ganhos em saúde para a criança e família. Gerir o medo e ansiedade da criança e família relacionado com a realização de procedimentos dolorosos permite tornar a experiência do contacto com os cuidados de saúde uma experiência não traumática, e dessa forma promover a saúde e bem-estar da criança.

O Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP) fornece orientações conceptuais e práticas que permitem orientar as intervenções de enfermagem relacionadas com a gestão das emoções associadas aos cuidados de saúde (Diogo, 2017). Por este motivo, este modelo foi seleccionado como guia orientador da aprendizagem no âmbito da gestão do medo relacionado com a realização de procedimentos dolorosos.

Os enfermeiros na sua prática diária gerem emoções mesmo que de uma forma não planeada. Contudo, importa refletir sobre a importância desta intervenção, de forma a torná-la intencional. Para compreender como é que o EESIP gere as emoções das crianças e pais foi elaborada uma grelha de observação com base no modelo TEEP. As categorias de intervenção observadas são flexíveis e existem diversas estratégias que são mobilizadas durante toda a intervenção como a categoria de intervenção: nutrir os cuidados com afeto, por exemplo.

É interessante analisar também o regulamento de competências do EESIP (2018) onde estão descritas unidades de competência que se relacionam com a gestão das emoções. Por exemplo, a unidade de competência “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem -estar da criança/jovem, otimizando as respostas.” Que tem como critérios de avaliação: “E2.2.1. Aplica conhecimentos sobre saúde e bem -estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem. E2.2.2. Garante a gestão de medidas

farmacológicas de combate à dor. E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor”.

Previamente à gestão da dor é importante intervir no sentido de gerir o medo e a ansiedade pois a evidência científica demonstra que o medo relacionado com a lesão corporal e dor é, segundo vários autores, dos principais *stressores* em todas as etapas do desenvolvimento da criança, sendo por isso um fator de especial atenção nos cuidados de enfermagem pediátrica (Sanders in Hockenberry & Wilson, 2014).

O medo da dor é manifestado pelas crianças de diferentes formas, cabendo por isso aos enfermeiros reconhecê-las de forma a intervir de forma adequada e individualizada nas diferentes situações (Sanders in Hockenberry & Wilson, 2014). Os procedimentos dolorosos, nomeadamente os realizados com recurso a agulhas, estão documentados na literatura, como sendo um dos procedimentos mais dolorosos e indutores de medo na população pediátrica. O medo, relacionado com a realização de procedimentos, pode aumentar o sofrimento emocional, o que pode aumentar por sua vez a sensação de dor (McMurtry, Noel, Chambers & McGrath, 2011).

Assim, previamente à gestão da dor importa intervir na gestão do medo e ansiedade, sendo que as estratégias não farmacológicas para o controlo da dor, permitem gerir as emoções das crianças, nomeadamente a emoção do medo.

Na unidade de competência “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.” Que tem como critério de avaliação: “ E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil.” Neste âmbito a preparação antecipatória da criança para a vacinação aos 5 anos por exemplo, ou para a vacinação aos 10 anos de idade, fará toda a diferença. A intervenção deve ser implementada em parceria com os pais e dessa forma é possível prestar cuidados antecipatórios, começando a gestão do medo e ansiedade a ser trabalhada em parceria com os pais das crianças, devidamente orientados pelo enfermeiro de referência.

A gestão das emoções pode e deve ser trabalhada desde o nascimento da criança, começando com intervenções direcionadas para os pais. E deve continuar ao longo do ciclo de vida. Neste sentido a unidade de competência: “E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.” Tem como critério de avaliação: “E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções”. Nos adolescentes esta é uma intervenção também desafiante pois um adolescente que tenha vivenciado experiências traumáticas relacionadas com a realização de procedimentos na infância, guarda memória dessa experiência traumática, o que pode comprometer a sua relação futura com os cuidados de saúde/prestadores de cuidados (Chen, Zeltzer, Craske & Katz, 2000).

Em todas as observações a categoria de intervenção regular a disposição emocional para cuidar não foi observada. Contudo importa compreender que o trabalho emocional envolve o cliente, o enfermeiro e também a relação que se estabelece entre os dois. Assim, o enfermeiro deve primariamente regular as suas próprias emoções para que possa posteriormente gerir positivamente as emoções da criança e família (Diogo, 2015,2017).

Em suma, através da realização desta atividade foi possível observar e analisar como é que os enfermeiros mobilizam na sua prática intervenções que permitem gerir as emoções das crianças e das famílias. A observação destas práticas permitiu-me aprender novas formas de abordar a criança e a família e novas formas de mobilizar estratégias que permitem gerir o medo relacionado com a realização de procedimentos dolorosos.

Em todas as situações observadas já existia uma relação terapêutica estabelecida e acredito que este aspeto seja determinante para o sucesso das intervenções realizadas. A organização dos cuidados de enfermagem tendo por base o enfermeiro de família permite que se estabeleça uma relação de confiança entre as famílias e o enfermeiro. Esta relação de confiança possibilita a existência de um conhecimento mútuo o que permite individualizar as intervenções e potencia o trabalho em parceria. Gerir as emoções em pediatria é uma forma de prestação de cuidados não traumáticos, prestação de cuidados de qualidade e que representam ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM - 5*. (ARTMED EDITORA LTDA, Ed.), *Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtornos Mentais - Dsm - V* (5th ed.). Santana: ARTMED EDITORA LTDA.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Carta da criança hospitalizada / Instituto de Apoio à Criança. Humanização dos serviços de atendimento à criança. - Lisboa: IAC, 1998. - 9 P.: il; 22 p. ISBN 972-8003-14-5
- Chen, E., Zeltzer, L. K., Craske, M. G., & Katz, E. R. (2000). Children's memories for painful cancer treatment procedures: Implications for distress. *Child Development*, 71(4), 933–947.
<https://doi.org/10.1111/1467-8624.00200>
- Diogo, P. (2015). Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar (2º ed.). Loures: Lusociência.
- Diogo, P. (2018). Emotional Labour in Paediatric Nursing: a propose Model for practice guidance, *BMC Health Services Research* 2018, 18(Suppl 2):P8.<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3444-8>
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20 (2), 26 – 47.
- Direção Geral da Saúde (2013). Programa nacional de saúde infantil e juvenil. Acedido em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2017). Atualização do programa nacional de vacinação: PNV 2017. *Séries* (1). 1 – 12.
- McMurtry, C. M., Noel, M., Chambers, C. T., & McGrath, P. J. (2011). Children's fear during procedural pain: Preliminary investigation of the Children's

Fear Scale. *Health Psychology*, 30(6), 780-788.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0024817>

Ministério da Saúde (1999). Glossário. Lisboa: Ministério da Saúde.

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 – 19194.

Sanders, J. (2014). *Capítulo 26: Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização* (p.1025-1060) in M. Hockenberry & D. Wilson (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (A. P. Fonseca, Trad.) (9ª Ed), Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th Edition, 2011, Missouri: Mosby Elsevier).

Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (2nd ed.). London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

Apêndice XVI – Entrevista a uma enfermeira perita

Entrevista a uma Enfermeira Perita na área de Cuidados Intensivos Neonatais

1. Como enfermeira perita na área da neonatologia, qual a sua opinião sobre o impacto que a realização de procedimentos dolorosos ao recém-nascido tem sobre os pais?

Perante a realização de procedimentos dolorosos a minha experiência diz-me que existem dois tipos de pais. Temos pais que compreendem a necessidade de realizar os procedimentos e outros que desejavam que tal procedimento não fosse realizado para não causar sofrimento e dor ao bebé.

Esta situação implica que os pais se sintam ansiosos, com medo e angustiados. Assim, consoante o tipo de pais que temos assim direccionamos a nossa atuação. Questionamos sempre se desejam ficar durante a realização dos procedimentos, e grande parte prefere não ver. Ainda se estão a adaptar a ser pais, estão a desconstruir a ideia do bebé saudável, estão numa unidade onde tudo lhes é estranho, é muita coisa para assimilar e por isso quando vamos fazer algum procedimento como colher sangue por exemplo preferem sair e voltar depois. Acho que isto acontece porque ainda não sabem lidar com todas estas mudanças nos planos, ninguém está preparado para ter um bebé internado assim que nasce. Quando temos procedimentos mais complexos e demorados, como os CVC, solicitamos aos pais do bebé que saiam, bem como os restantes pais presentes na sala naquele momento, pois pode ocorrer transferência de sentimentos entre os pais, e assim aumentar a ansiedade de todos.

2. Os enfermeiros estão despertos para as emoções dos pais do recém-nascido na UCIN? Pode dar-me alguns exemplos?

Sim estão despertos em especial aquando da realização de um procedimento doloroso. Como já referi temos dois tipos de pais e temos que lidar com todos eles. As emoções na unidade estão sempre presentes positivas ou negativas consoante a situação do bebé. No entanto é interessante verificar a união entre os pais embora transfiram muita carga emocional, uns para os outros, e acabam por comparar muito a situação do seu bebé o que por vezes gera ainda mais ansiedade. Entre os pais acabam por se formar laços e através do nosso pedido para se ausentarem, forma-se um grupo de ajuda mútua, que beneficia todos e que nós enquanto enfermeiros estimulamos, dando resposta às dúvidas que muitas vezes surgem nesses momentos de partilha entes eles.

3. O medo dos pais relacionado com a realização de procedimentos dolorosos pode ser alvo de intervenção por parte dos enfermeiros. Pode referir-me algumas estratégias usadas na UCIN?

Claro. As estratégias mais utilizadas são a explicação do procedimento e a duração do mesmo, sendo dada a oportunidade de escolha aos pais de permanecerem na sala ou não. Existem exceções, em que somos nós que pedimos para saírem e não damos opção de escolha, como situações mais complexas como a colocação de cateteres venosos centrais ou caso exista uma descompensação do recém-nascido. O processo perante o procedimento doloroso acaba por ser gerido com a colaboração dos pais, permitindo assim o desenvolvimento de um trabalho de parceria entre a equipa de enfermagem e os pais. Esta parceria de cuidados com os pais faz com que eles se sintam à vontade para caso desejem saírem a meio do procedimento, ou ficarem mesmo que não se consiga picar numa primeira tentativa por exemplo.

4. Se não, de que forma devem intervir os enfermeiros de modo a gerir o medo sentido pelos pais relacionado com a realização de procedimentos dolorosos ao RN?

(questão não realizada dada a resposta à questão 3)

5. Considera que a gestão das emoções é uma intervenção que representa ganhos em saúde para a criança e sua família?

Sem dúvida. Gerir as emoções faz parte dos cuidados, sendo um cuidado de enfermagem de excelência e que trás benefícios a todos os níveis, seja para desenvolvimento da parceria de cuidados entre a equipa de enfermagem e os pais, seja para estes através da partilha, conseguirem transformar as emoções em algo mais positivo. Esta intervenção tem efeitos também a nível dos restantes pais, pois estes acabam por partilhar o que sentem entre eles, havendo uma transferência de emoções positivas e também negativas, sendo notória esta transferência. Quando um bebé está melhor e vai passar para os cuidados intermédios todos os pais de modo geral ficam animados e esperançosos, quando um bebé tem um agravamento do seu estado de saúde acabamos por sentir que grande parte dos pais ficam mais em baixo e fazem mais questões sobre o seu filho comparando com o outro caso que agravou. Nós, os enfermeiros, estamos sempre a gerir as emoções, dos pais, e também as nossas, às vezes é muito pesado e temos de ir alternando com colegas para cuidar de alguns casos mais complexos. Depois com o tempo da prática e com a experiência vamos arranjanado as nossas estratégias.

Análise da entrevista:

Analizando a entrevista podemos concluir que tal como nos diz Smith (1992) cuidar da família, em especial perante situações potencialmente traumáticas, como os procedimentos dolorosos, implica trabalho emocional por parte da equipa de enfermagem.

Desta forma os cuidados centrados na família tornam-se essenciais, dado que o enfermeiro deve atender às necessidades da família no seu todo, desenvolvendo intervenções direcionadas aos pais (Roets, Rowe & Nel, 2012). Isto é suportado quando a enfermeira perita refere que é questionado aos pais se desejam estar presentes durante a realização de procedimentos dolorosos. A evidência científica demonstra a importância da presença dos pais durante o internamento mas a prática demonstra que esta presença deve ser feita de acordo com a capacidade dos pais para estarem presentes. De modo a que se sintam preparados e que este momento não seja emocionalmente traumático para os pais. Benner, Hooper-Kyriakidis e Stannard (1999), sublinham igualmente a importância de três grandes intervenções direcionadas à família da criança internada em cuidados intensivos. São eles assegurar que a família possa estar com a criança, dar à família a informação e suporte por eles solicitado e encorajar a família a envolver-se nos cuidados. Contudo importa entender que a família está a adaptar-se não só ao papel parental mas também ao ambiente de uma UCIN pelo que a adaptação é um processo, e é necessário dar tempo aos pais para que se sintam preparados para se envolverem nos cuidados e para estarem presentes em momentos onde são executados procedimentos, nomeadamente procedimentos dolorosos.

Contudo, perante procedimentos mais longos e mais complexos a equipa assume previamente que a família não deverá permanecer no local por forma a não aumentar a angústia e o stress. Fica por explicar se é dada a família uma explicação prévia perante estas situações mais emergentes de modo a que esta possa compreender a decisão de ser afastada durante estes momentos, tal como nos é demonstrado por estudos como o de Engström, Dicksson e Contreras (2014), que concluiu que é de extrema importância os pais permanecerem informados continuamente por forma a aumentar a sensação de controlo, segurança e pertença/participação nos cuidados.

Porém através deste pedido para se ausentarem, os pais acabam por formar um grupo de apoio entre eles, de acordo com a enfermeira perita, o que beneficia igualmente na gestão das emoções por parte dos pais, sendo este apoio expresso também no estudo de Engström, Dicksson e Contreras (2014).

Desta forma, podemos concluir que as emoções são indissociáveis do processo de cuidar, e que o enfermeiro perito (Benner, 2001), possui uma intervenção diferenciada neste âmbito. O trabalho emocional, tem uma dupla centralidade sendo que tal como referido na entrevista, também os enfermeiros

necessitam de utilizar estratégias para regular a sua disposição emocional para cuidar (Diogo,2019). Um enfermeiro que realiza essa regulação, trabalha no sentido de capacitar os pais, para que estes desenvolvam mecanismos para regular as suas emoções de forma eficaz. Uma das formas de regulação emocional utilizada pela equipa de enfermagem surge na construção da estabilidade na relação terapêutica, através do trabalho em parceria. Quando o enfermeiro informa sobre a necessidade de realizar um procedimento doloroso e negocia com os pais a sua presença, estes sentem-se capacitados para estarem presentes, existe um trabalho de parceria no cuidar, na qual o enfermeiro assume que naquele momento ele será o executor de uma técnica mas será também o colo, o afeto, o consolo da criança, nutrindo assim cuidados com afeto. Até ao momento em que os pais se sintam emocionalmente regulados e capazes de estar na intervenção com foco nas necessidades do recém-nascido e possam ser eles a intervir na regulação emocional do recém-nascido durante a execução de um procedimento.

O enfermeiro é um gestor emocional e esta intervenção em parceria na prestação de cuidados, remete para a unidade de competência: **E1.1.** implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. A promoção da parentalidade passa pela capacitação, e a capacitação emocional, para estar presente, durante a realização de procedimentos dolorosos deve ser também alvo de intervenção por parte dos enfermeiros. Importa referir que os pais podem estar em momentos diferentes e é possível ter um pai emocionalmente preparado para estar presente e desenvolver intervenções em parceria como a administração de sacarose e colocação da chucha, por exemplo, e uma mãe que ainda está centrada nas suas emoções, como medo, e necessita de mais tempo para estar emocionalmente preparada para estar presente durante a realização de procedimentos dolorosos. Cada elemento da família tem necessidades distintas e cabe ao enfermeiro EEESIP avaliar e intervir, capacitando os pais e promovendo o seu papel parental. Esta intervenção está relacionada com a unidade de competência **E3.2.** Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém -nascido (RN) doente ou com necessidades especiais. Nomeadamente o critério de avaliação: **E3.2.6.** Negocia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner P, Hooper-Kyriakidis P & Stannard D. (1999). Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care: A Thinking in Action Approach. Philadelphia: WB Saunders.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2.^a versão revista). doi:10.13140/RG.2.2.16091.31528

Engström, A., Dicksson, E., & Contreras, P. (2014). The desire of parents to be involved and presente, British Association of Critical Care Nurses. Vol 20 No 6

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.^a série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 – 19194.

Roets, L., Rowe, N. & Nel, R. (2012) Family-centred care in the paediatric intensive care unit. Journal of Nursing Management, 2012, 20, 624–630

Smith P. (1992). The Emotional Labour of Nursing: How Nurses Care. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Apêndice XVIII – Análise reflexiva da prática em contexto de internamento de
pediatria



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA**

UNIDADE CURRICULAR

ESTÁGIO

Reflexão sobre uma situação de prestação de cuidados

**A gestão do medo relacionado com a realização de procedimentos
dolorosos no contexto de internamento: estratégias de intervenção**

Discente:

Ana Rita Esteves Figueiredo nº 5268

LISBOA

A presente reflexão surge no decurso da realização do estágio no contexto de internamento. Durante a realização deste estágio foi possível prestar cuidados a crianças, jovens e suas famílias e compreender como são vivenciados os momentos nos quais são realizados procedimentos dolorosos e quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para gerir o medo que pode ser sentido pela criança/ jovem e pela sua família.

Durante a realização do estágio, foi possível prestar cuidados a uma adolescente, que vou denominar A., de 16 anos de idade, que se encontrava internada há cerca de 3 semanas. Esta adolescente era submetida frequentemente a procedimentos dolorosos como colheitas de sangue e colocação de acessos venosos periféricos (cvp).

Durante a passagem de turno foi transmitido pelas enfermeiras que a A. tinha uma flebite no local de inserção do cateter venoso periférico e que seria necessário a colocação de um novo. Foi transmitido que a adolescente se encontrava muito ansiosa por ter de ser puncionada novamente e que tinha sido negociado com ela que seria puncionada perto da hora da administração do antibiótico.

Considereei que esta seria uma ótima oportunidade para desenvolver competências no âmbito da gestão emocional do medo associado à realização de procedimentos dolorosos pelo que negocieei com o Enf. Orientador a prestação de cuidados a esta adolescente durante o turno.

Primeiramente seria importante definir o plano de cuidados, e para o planeamento da intervenção de colocação de um novo cvp, foi importante a informação transmitida durante a passagem do turno. Antes do contacto com a adolescente, já tinha dados sobre o seu estado emocional, que era de ansiedade e qual a causa dessa ansiedade. Contudo de forma a planear uma intervenção para a gestão do medo seria necessária a colheita de mais dados pelo que me dirigi ao quarto da A.

Ao entrar no quarto da A. foi interessante observar que esta tinha o quarto com decorações feitas por ela, com os seus livros, uma coluna de música e um jogo de cartas na mesa-de-cabeceira. Estes aspetos estão relacionados com a categoria de intervenção do modelo do trabalho emocional em enfermagem pediátrica (TEEP) (Diogo, 2019), na qual deve ser promovido um ambiente seguro e afetuoso. Para que esse ambiente exista é importante que no meio

hospitalar seja dada a possibilidade de tornar aquele quarto humanizado, com objetos significativos para a A.

O contacto com esta adolescente só tinha acontecido no dia anterior, durante breves momentos, e desta forma, durante esta segunda interação tinha como objetivo construir a estabilidade na relação, promovendo o conhecimento mútuo com o estabelecimento de uma relação de confiança e parceria na prestação de cuidados. Seria também o momento de promover a expressão de emoções, compreendendo quais os sentimentos da A. Seria também o momento para negociar quando seria realizado o procedimento de colocação do cvp e definir quais as estratégias a utilizar para gestão do medo.

Aquando da minha entrada no quarto a A. estava acompanhada pela mãe que iniciou a conversa dizendo-me: “Está cá hoje outra vez enfermeira? Já sabe o que se passou com a A? Tem de ser picada outra vez, não vai ser fácil”. Ao que respondi com um sorriso e voz calma, enquanto me aproximava da cama onde estava deitada a A. “Olá, como estão? É verdade, hoje estou cá novamente, vim agora dar-vos as boas tardes e ver como está a A. como te sentes?” A A. apresentava um olhar triste direcionado para a cama e respondeu sem olhar para mim: “Estou farta de estar aqui, estou farta de ser picada, vai-me doer muito outra vez, tenho medo que me doa muito quando me picarem”. Sentei-me junto da cadeira que estava ao lado da cama e toquei-lhe na mão dizendo: “Eu sei que estás cansada e farta de estar aqui, compreendo como te sentes, o que achas de hoje jantares na sala de atividades em vez de estares aqui no quarto?” A A. olhou para mim com um sorriso e disse: “Era como ir jantar fora mas cá dentro” em tom de brincadeira. A A. era uma adolescente que habitualmente estava bem-disposta e sorridente e o humor era uma das suas características. Breves segundos depois fixou o olhar nos lençóis da cama dizendo: “o pior é que antes do jantar me vai picar outra vez, eu já não tenho veias enfermeira, a sua colega disse que elas estavam fracas por estar sempre a fazer antibiótico”. Eu disse: “as veias ficam mais frágeis quando fazemos muitos medicamentos como tu estás a fazer, mas não te preocupes, tenho a certeza que tens veias, seria um caso único na medicina uma rapariga sem veias, ficavas famosa” enquanto sorria também, mobilizando o humor como estratégia de comunicação e estabelecimento de uma relação com a A. e também com a sua mãe que observava a nossa conversa e sorria

também. Perguntei: “Habitualmente como costumam fazer quando é preciso colocar um cvp?” A. respondeu com uma expressão facial interrogativa: “como costumam fazer? Então a enfermeira vem, põe o garrote, escolhe uma veia, eu fecho os olhos com força e ela pica-me”. “E como te sentes quando isso acontece?” “Sinto-me mais nervosa antes porque tenho medo que me doa, depois custa-me porque me está a doer e depois fico nervosa porque só quero que acabe rápido e que não seja preciso picar novamente”. “E porque fechas os olhos?”, “Porque não quero ver”, “Achas que hoje podemos experimentar fazer de forma diferente?”, “Diferente como assim?” “O que fazes habitualmente quando queres ficar relaxada, ou quando queres descontraí, pensa numa coisa que gostes de fazer e que possas fazer aqui”, “gosto de ouvir música, às vezes fico a ouvir música com a minha mãe”, “ok isso é uma ótima ideia, então vamos combinar assim, vou ver a tua mão e vamos aplicar este creme anestésico, para que não te doa quando eu te puncionar, e tu juntamente com a mãe vão ter a missão de escolher uma música de que gostes e depois vamos as três ouvir a música pode ser? Daqui a meia hora vou pedir para que te trazerem uma luva com água quente para aqueceres a tua mão, tens as tuas mãos geladas e por vezes as veias com o frio ficam encolhidas (sorriso). Ficas com a luva mais meia hora e depois eu venho cá ter contigo novamente, o que vos parece?”. “Vai colocar-me um creme para não me doer e vamos ouvir música é isso?” “Sim, se concordares” “Nunca me fizeram isso, acho muito estranho um creme que tira a dor assim, mas podemos tentar”, neste momento a mãe intervém dizendo “se conseguir que esse creme funcione e picar à primeira era a maior alegria de hoje”.

Esta foi a fase de avaliação e planeamento da intervenção, teve duração de cerca de 10 minutos. Esta fase é determinante para a realização do procedimento, durante a qual são realizadas intervenções autónomas de enfermagem, nas quais é realizada a preparação para o procedimento, o fornecimento de explicações, é favorecido o espaço de expressão de sentimentos e é negociado com a adolescente os cuidados prestados. Contudo, é importante não esquecer a presença da mãe. Achei curioso a abordagem quando entrei no quarto ter começado pela mãe fazer referência ao procedimento que teria de ser realizado, e ao facto de ter dito que não seria fácil, pela sua linguagem não-verbal pareceu-me também estar nervosa.

Após 1 hora regressei novamente ao quarto com o tabuleiro com o material para colocação do cvp. Ao entrar a A. olhou para mim e disse: “Olhe enfermeira já se vê as veias! Sorrindo juntamente com a mãe que estava ao seu lado”. “É verdade já se vê e bem, assim já não vais ficar famosa, afinal sempre tens veias. E a música? Conseguiram escolher?” “Sim mas acabamos por escolher duas, não vá isto não correr bem”, respondeu a mãe. “Vamos dar o nosso melhor, a mãe vai ajudar, as mães dão sempre sorte”, disse eu.

Antes de iniciar o procedimento pedi que colocasse a música, e realizei um exercício de relaxamento respiratório com 4 inspirações e expirações profundas. Enquanto ouvia a música e se concentrava na respiração foi realizada a punção que com a utilização de estratégias farmacológicas para o controlo da dor foi realizada sem a adolescente se aperceber que já tinha sido puncionada. Ao final das 4 inspirações e expirações já tinha sido colocado um novo cvp e o procedimento estava terminado. A A. sorriu e perguntou: “Já está? Estava com tanto medo e afinal não me doeu nada!”. A mãe com um sorriso agradeceu “obrigada, não sabe o que me custa quando ela tem de ser picada, eu sofro por ela”.

A fase de implementação da intervenção durou 10 minutos. A avaliação da intervenção foi feita após a realização do procedimento, através do *feedback* fornecido pela mãe e pela A. que avaliaram os seus sentimentos como muito ansiosas antes da realização do procedimento e nada ansiosas durante e após a realização do procedimento. Embora não tenha sido utilizada uma escala de avaliação do medo que avalie com rigor esta emoção é possível afirmar que esta intervenção autónoma de enfermagem representou ganhos para a adolescente e família, não teve custos acrescidos e após reflexão não existe um aumento significativo do tempo para realização do procedimento comparativamente a quando este é realizado sem recurso a estratégias de gestão do medo. Contudo após discussão com o Enf. Orientador, concluímos que durante a realização do procedimento, caso seja realizado por um enfermeiro iniciado (Benner, 2001), o ideal seria a presença de 2 enfermeiros, pois este poderá ter maior dificuldade em realizar o procedimento e mobilizar intervenções para a gestão do medo em simultâneo. Já um enfermeiro perito (Benner, 2001) conseguirá intervir sem necessitar de um segundo elemento.

Fazendo um breve enquadramento teórico das intervenções mobilizadas, o modelo do TEEP esteve presente durante toda a intervenção. Na categoria do promover um ambiente seguro e afetoso, como já referi anteriormente, foi interessante verificar que este ambiente faz parte dos cuidados em pediatria e que é uma forma de humanização do ambiente hospitalar tendo um forte impacto positivo nas crianças e famílias. Ainda de referir que após a realização do procedimento, a A. realizou a sua refeição no quarto, não quis perder o filme que estava a ver com os pais, e após o jantar foi visitada pela equipa de voluntários do projeto Nuvem Vitória que tem como objetivo promover materiais, ferramentas e competências que proporcionem um ambiente favorável a uma noite de sono recuperadora. Este ato de contar uma história antes de dormir no caso da A. não tinha como efeito a indução do sono mas segundo ela: “gosto de ouvir as histórias porque é como se não estivesse no hospital, é como se estivesse em casa”.

Ao nível da categoria de intervenção nutrir os cuidados com afeto, esta está presente na forma de cuidar e relaciona-se com as categorias construir a estabilidade na relação e facilitar a comunicação expressiva de emoções. Para mim estas três categorias acabam por se interligar de forma muito espontânea durante a prestação de cuidados, e é com intencionalidade terapêutica que são mobilizadas intervenções que permitem o cuidar emocional em enfermagem pediátrica. O modo afetivo de ser, e a postura durante a interação, facilitam o estabelecimento de uma relação de confiança pela proximidade e conhecimento mútuo que se cria. A confiança adquirida facilita a comunicação expressiva das emoções que devem ser alvo de intervenção, sendo o enfermeiro um gestor emocional. Quanto maior o tempo de contacto na relação mais sólida é a relação construída (Diogo,2016,2019).

O medo é uma emoção primária (Damásio, 2003), e este quando relacionado com a lesão corporal e dor é, segundo vários autores, um dos principais *stressores* em todas as etapas do desenvolvimento da criança, sendo por isso um fator de especial atenção nos cuidados de enfermagem pediátrica (Sanders in Hockenberry & Wilson, 2014). O medo, relacionado com a realização de procedimentos, pode aumentar o sofrimento emocional, o que pode aumentar por sua vez a sensação de dor (McMurtry, Noel, Chambers & McGrath, 2011). Para além disso a sensação de dor e o sofrimento emocional,

sentido pelas crianças durante a realização dos procedimentos, pode ter um forte impacto negativo pois as crianças guardam memória da experiência emocionalmente intensa, o que aumenta a sua angústia e medo em situações subsequentes (Chen, Zeltzer, Craske & Katz, 2000).

Assim, as intervenções no âmbito da gestão do medo permitem a prestação de cuidados não traumáticos, promovendo a existência de experiências positivas durante os processos de hospitalização.

Este processo de reflexão sobre a ação permite o aperfeiçoamento das intervenções mobilizadas, e a consciencialização das competências desenvolvidas durante este processo de aprendizagem. Ao nível das competências do enfermeiro EESIP, na competência “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” - a negociação do plano de cuidados, a comunicação com a adolescente e com a sua mãe, os ensinamentos sobre as intervenções mobilizadas, o trabalho em parceria durante a realização dos procedimentos e a identificação das emoções e intervenção, estão presentes nesta competência e foi objeto de aperfeiçoamento durante o decorrer do estágio, nos momentos de prestação direta de cuidados.

A competência “cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”, foi trabalhada com intervenções no sentido da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da adolescente e na promoção da adoção de estratégias de *coping* e de adaptação durante o processo de hospitalização.

A abordagem a esta adolescente requer conhecimento sobre o desenvolvimento dos adolescentes, e domínio de estratégias de comunicação adequadas que vão promover a comunicação expressiva de emoções e possibilitar a negociação da prestação de cuidados, estas intervenções estão relacionadas com a competência “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.”

Esta foi uma situação da prestação de cuidados ilustrativa das intervenções mobilizadas, cada criança e família tem respostas diferenciadas em procedimentos idênticos e por isso é importante avaliar, planejar, implementar e avaliar novamente de forma a promover a melhoria contínua dos cuidados prestados e do desenvolvimento da perícia na mobilização das intervenções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Chen, E., Zeltzer, L. K., Craske, M. G., & Katz, E. R. (2000). Children's memories for painful cancer treatment procedures: Implications for distress. *Child Development*, 71(4), 933–947.
<https://doi.org/10.1111/1467-8624.00200>
- Damásio, A. (2003) *Ao encontro de Espinosa: As emoções Sociais e a Neurobiologia da Consciência (13ª edição)*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Diogo, P (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2.ª versão revista). DOI 10.13140/RG.2.2.16091.31528
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26–47.
- McMurtry, C. M., Noel, M., Chambers, C. T., & McGrath, P. J. (2011). Children's fear during procedural pain: Preliminary investigation of the Children's Fear Scale. *Health Psychology*, 30(6), 780-788.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0024817>
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 – 19194.
- Sanders, J. (2014). *Capítulo 26: Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização* (p.1025-1060) in M. Hockenberry & D. Wilson (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (A. P. Fonseca, Trad.) (9ª Ed), Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th Edition, 2011, Missouri: Mosby Elsevier).

Apêndice XIX – Questionário – Gestão do medo relacionado com os
procedimentos dolorosos

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Questionário
O Medo das crianças relacionado com a realização
de procedimentos dolorosos



O presente questionário tem como objetivo avaliar a opinião dos enfermeiros do serviço sobre a temática da gestão do medo das crianças relacionado com a realização de procedimentos dolorosos. Todos os dados colhidos destinam-se somente ao desenvolvimento de atividades no âmbito académico estando garantida a sua confidencialidade. Deverá preencher com um X a resposta que considerar mais adequada.

1. Considera que as crianças quando submetidas a procedimentos dolorosos sentem medo?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

2. Considera que o medo sentido pelas crianças relacionado com a realização dos procedimentos dolorosos pode ser alvo de intervenção por parte dos enfermeiros?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

3. Durante a sua prestação de cuidados mobiliza intervenções que permitem gerir o medo, mesmo que de forma não planeada?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

4. Antes da realização de um procedimento doloroso planeia intervenções para a gestão do medo da criança relacionado com o procedimento a realizar?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

5. Considera que a gestão do medo é uma intervenção autónoma de enfermagem que representa ganhos para a criança e família?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

6. Gostaria de saber mais sobre estratégias de intervenção para a gestão do medo das crianças relacionado com a realização de procedimentos dolorosos.

Sim		Não	
-----	--	-----	--

Muito obrigada pela colaboração.

Apêndice XIX – Reflexão sobre situação de cuidados na Urgência de Pediatria



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

UNIDADE CURRICULAR

ESTÁGIO

Reflexão crítica

Situação de cuidados na Urgência de Pediatria

Discente:

Ana Rita Esteves Figueiredo nº 5268

LISBOA

No decorrer do estágio em contexto de urgência de pediatria foi possível colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança, jovem e família, sendo que a reflexão sobre a prática foi um recurso fundamental para o desenvolvimento de competências. No contexto de urgência são vividos momentos emocionalmente intensos pela família que, muitas vezes, não tem tempo para se preparar para o momento da hospitalização de um filho (Jorge, 2004). Por esse motivo os enfermeiros devem estar atentos implementando intervenções com vista à prestação de cuidados centrados na família.

A situação de cuidados alvo desta reflexão diz respeito a um lactente de 3 meses de vida, que se encontrava internado no serviço de observação, com o diagnóstico médico de bronquiolite aguda causada pelo vírus sincicial respiratório. Encontrava-se acompanhado pela mãe e o pai estava ausente em trabalho.

Após a passagem do turno o monitor cardio respiratório, com o qual estava monitorizado o lactente, que vou designar J., alarmava ininterruptamente. Ao dirigir-me para junto da mãe, observei o seu rosto pálido, com um olhar vago e olheiras marcadas, o que me transmitiu uma sensação de grande cansaço, ao aproximar-me, a mãe perguntou-me rapidamente se estava tudo bem com o seu filho. Ainda antes de me dar tempo para responder, referiu-me que por vezes o monitor captava mal devido aos movimentos do J. mas sentia-se sempre muito aflita com os sons do alarme. O J. chorava com difícil consolo por parte da mãe que exausta dizia “pronto filho, não chores, não chores mais”.

Comecei por me apresentar e tranquilizei a mãe, referindo que ia voltar a colocar a monitorização de forma correta para poder fazer uma avaliação do J. Junto do berço era importante reorganizar o ambiente em que se encontrava o J, tendo pegado nele ao colo embalando-o suavemente enquanto lhe colocava a chucha promovendo o consolo pela sucção não nutritiva. Ao recolocar o oxímetro apresentava valores de SpO2 de 93% com oxigénio suplementar por sonda nasal a 1l/min, apresentava uma marcada obstrução nasal com tiragem global, FR de 60cpm e FC 150-160bpm. Expliquei a mãe que o J. tinha muitas secreções que o impediam de respirar de forma eficaz, e que seria necessário ajudá-lo, para isso teria de realizar um procedimento de aspiração de secreções. Questionei a mãe se já tinha estado presente, durante a realização deste procedimento invasivo, ao que ela me

respondeu que não, mas que gostaria de ficar pois sentia que estava a abandonar o seu filho, e como seria um procedimento recorrente teria de se “habituá-lo” (sic).

Expliquei-lhe como iria realizar o procedimento e qual seria a reação do J, que iria chorar mas que ficaria mais confortável e conseguiria respirar melhor. Pedi para que a mãe me ajudasse, consolando o J, com pequenas festas e com a sua voz a mãe sugeriu ir cantando a música com que habitualmente o tranquilizava. Disse-lhe também que durante o procedimento se sentisse necessidade de sair poderia fazê-lo em qualquer momento e regressar posteriormente.

A mãe do J, assim que iniciei o procedimento ficou com os olhos repletos de lágrimas recuou ficando afastada do berço. Consegui ouvir que respirou fundo e voltou a aproximar-se dizendo ao J. “vai acabar depressa e depois vais ficar melhor” (sic). Quando terminei o procedimento agradei a ajuda da mãe e reavaliei os valores de oximetrias periféricas que agora eram de 97-98% com o mesmo aporte suplementar de O₂, mantendo-se polipneico e taquicárdico com tiragem global. A mãe agradeceu-me, por lhe ter explicado o procedimento e a possível reação do J. ao mesmo. Disse-me que foi importante para ela tê-la deixado à vontade para se afastar, referiu que era o primeiro filho e que não sabia como lidar com tudo isto. Referiu-me também que se sentia culpada por não ser capaz de cuidar do filho e por ele estar doente, e que a ajudou o facto de saber o que podia fazer para ajudar o durante o procedimento pois, num próximo momento, já sabe como se sente e já será mais fácil gerir a ansiedade porque no final o J. “fica melhor, fica menos cansado e já não chora” (sic).

Contudo mesmo após a limpeza das vias aéreas e posicionamento o J. mantinha sinais francos de esforço respiratório pelo que em conjunto com a Enf^a orientadora informamos a equipa médica. Foi aumentado o aporte suplementar de O₂ progressivamente até 3l/min, foi realizada uma colheita de sangue periférico tendo um valor de PCO₂ de 60 mmHg, o que significa uma retenção de CO₂. Conjuntamente a equipa médica e de enfermagem, decidiram entrar em contacto com a unidade de cuidados intensivos pediátricos, para observação do J, pois seria necessário suporte de ventilação não invasiva e caso mantivesse o agravamento poderia vir a necessitar de ventilação invasiva.

Análise da situação

Os processos de saúde doença representam momentos emocionalmente intensos para a criança e família, e por isso, o enfermeiro deve estar atento e intervir enquanto gestor emocional (Diogo, 2019). O cuidar não deve ser indiferente às emoções humanas, sendo necessário aliar a componente técnica à gestão emocional, cuidando dessa forma da pessoa, no seu todo (Watson,2012).

A situação descrita relata um momento da prestação de cuidados no qual foram prestados cuidados centrados na família sendo alvo de intervenção o J e a sua mãe.

Durante a prestação de cuidados, o modelo do trabalho emocional em enfermagem pediátrica (Diogo,2019), foi orientador da intervenção, conferindo intencionalidade à ação e tornando consciente as intervenções realizadas e resultados esperados. Comecei por intervir no sentido de **nutrir os cuidados com afeto**, quando peguei no J ao colo tentando acalmá-lo, de modo a evitar o cansaço associado ao choro e a ingestão de ar que iria agravar a sua dificuldade respiratória. **Promovendo um ambiente seguro e afetivo** com o controlo do ruído provocado pelo alarme do monitor, com o reorganizar do ninho no berço, para promoção do conforto e de um correto posicionamento de forma a otimizar a ventilação. Através da prestação de **cuidados em parceria com a mãe**, explicando e apoiando antes, durante e após a execução do procedimento. Esta parceria na prestação de cuidados está relacionada com a unidade de competência do EEESIP, **E1.1.**, nomeadamente o critério de avaliação **E1.1.1.** Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar. E para além da negociação da participação foi também importante desenvolver intervenções no sentido de capacitar a mãe para a colaboração na prestação de cuidados, dizendo-lhe de que forma poderia colaborar o que remete para o critério de avaliação, **E1.1.4.** Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.

O reforço positivo pela participação positiva da mãe durante o procedimento e a promoção do seu papel parental são intervenções que permitem **facilitar a gestão**

das emoções, neste caso da mãe, que se sentiu confiante para partilhar o que sentia com o processo de hospitalização e de doença aguda do J. Estes aspetos relacionados com a parceria nos cuidados e a partilha de emoções contribuem para **construir a estabilidade na relação**, construindo assim uma relação terapêutica com esta mãe que se encontrava num sofrimento emocional evidente pela vivência de um processo de doença do seu primeiro filho.

Por fim, o próprio exercício reflexivo sobre a intervenção é uma forma de **regular a disposição emocional para cuidar** pois permite analisar as ações, consolidando processos de tomada de decisão. Facilita a aprendizagem sendo uma forma de assimilar com a experiência vivida e atuar com perícia em situações subsequentes.

Em contexto de urgência importa ter um conhecimento aprofundado sobre as doenças comuns nas várias idades, essa faz parte das competências do EEESIP que **E1.2.** diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. Nomeadamente **E1.2.1.** demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.

Importa então compreender que a bronquiolite aguda por VSR tem o seu pico de incidência entre os 2 e os 7 meses de vida, sendo geralmente uma infeção respiratória alta. Quando se verifica envolvimento das vias aéreas inferiores verificam-se alterações ao nível das trocas gasosas, com auscultação de sibilos, diminuição do murmúrio vesicular, visualização de sinais de dificuldade respiratória como tiragem, dispneia e taquicardia (Wilson, 2014). O tratamento da bronquiolite aguda passa pelo controlo sintomático, sendo que a American Academy of Pediatrics (2006), aconselha a administração de oxigénio caso se avaliem valores de SpO2 de pelo menos 90% que não revertam com a aspiração de secreções.

O agravamento dos sinais de dificuldade respiratória no J, eram evidentes, tendo sido aumentado progressivamente o aporte suplementar de O2 até 3l/min, foi realizada uma colheita de sangue e apresentava um valor de PCo2 60mmHg. Sendo que o lactente poderia entrar em exaustão respiratória seguida de paragem respiratória, foi determinante a intervenção conjunta com a equipa médica antecipando uma situação de instabilidade e intervindo de forma preventiva. Neste

âmbito o EEESIP **E2.1.** reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados. Nomeadamente **E2.1.1.** mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória.

Nesta situação foi possível desenvolver competências no âmbito da gestão emocional e também do âmbito técnico e do conhecimento científico. Este foi um contexto onde trabalhei durante três anos, sendo facilitador das aprendizagens estar integrada ao nível das normas e práticas. Contudo regressar e perspetivar os cuidados de enfermagem sobre a lente do EEESIP foi um desafio muito enriquecedor sendo um contexto complexo no qual são prestados cuidados técnicos, urgentes e emergentes, nos quais não pode ser descurada a emocionalidade vivida pelos pais e crianças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics (2006) Clinical practice guideline: diagnosis and management of bronchiolitis, *Pediatrics* 118 (4): 1774-1793
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2.a versão revista). doi: 10.13140/RG.2.2.16091.31528
- Jorge, A. M. (2004). Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidado em enfermagem. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2012). Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência.
- Wilson, D. (2014). A Criança com Disfunção Respiratória. In Hockenberry & Wilson (Eds). Wong, Enfermagem da criança e do adolescente. (9a ed.) (Vol. II, Cap.32, pp.1299-1375). Loures: Lusociência.

Apêndice XXI - Sessão de formação: Escala de Mary Sheridan Modificada



Escola Superior de Enfermagem de
Lisboa

10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização
de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Utilização da escala de Mery Sheridan Modificada

Estratégias e materiais para intervenção nas diferentes faixas etárias

Enfª Ana Rita Figueiredo
anaritafigueiredo93@gmail.com
Orientação da Srª Enfª Margarida Bonança, Especialista
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Fevereiro, 2020
Lisboa



Objetivos Gerais



- ☐ Refletir sobre a utilização da Escala de avaliação do desenvolvimento Infantil de Mary Sheridan modificada;
- ☐ Promover a utilização dos materiais de apoio à aplicação da escala;
- ☐ Promover a utilização da escala nas consultas de enfermagem.

Escola de avaliação do desenvolvimento Infantil de Mary Sheridan modificada



Avaliação de 4 áreas:

- ☐ Motricidade global
- ☐ Visão e motricidade fina
- ☐ Audição e linguagem
- ☐ Comportamento e adaptação social

0 aos 5 anos

Cumpe/não cumpre

Escola de avaliação do desenvolvimento Infantil de Mary Sheridan modificada



Postura e Motricidade Global

Visão e Motricidade Fina

Audição e Linguagem

Comportamento e Adaptação Social

Escala de avaliação do desenvolvimento Infantil de Mary Sheridan modificada



5

	4 - 6 Semanas	3 Meses	6 Meses	9 Meses	12 Meses
Postura Motricidade Global (PMG)	<ul style="list-style-type: none"> Decúbito ventral - levanta a cabeça Decúbito dorsal - a - levanta a cabeça Levanta a cabeça - assimétrico, membro superior do lado da face em extensão. Tração pelas mãos - cabeça cai. Sentado - dorso em arco e mãos fechadas. Suspensão ventral - cabeça ereta - membros semi-fletidos. 	<ul style="list-style-type: none"> Decúbito ventral - apoio nos antebraços. Decúbito dorsal - levanta cabeça, apoio nos membros superiores com movimentos ritmados. Tração pelas mãos - cabeça ereta e coluna dorsal direita. De pé - flete os joelhos, não faz apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> Decúbito ventral - apoio-se nas mãos. Decúbito dorsal - levanta cabeça, apoio nos membros inferiores na vertical com dedos fletidos. Tração pelas mãos - faz força para se sentar. Mantém-se sentado sem apoio. De pé faz apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> Sente-se sozinho e fica sentado 10 a 15min. Põe-se de pé com ventral. Gatinha. Põe-se de pé e balança com o apoio de uma ou duas mãos. 	<ul style="list-style-type: none"> Passa de decúbito dorsal a sentado. Tem equilíbrio sentado. Gatinha. Põe-se de pé e balança com o apoio de uma ou duas mãos.
Visão e Motricidade Fina (VMF)	<ul style="list-style-type: none"> Segue uma bola pendente a 20-25cm em 1/4 de círculo (do lado até à linha média). Segue uma bola pendente 1/4 círculo e horizontal. Convergência. Posteio de defeca. 	<ul style="list-style-type: none"> Mãos abertas - junta-as na linha média e brinca com elas. Transfere objetos de mão para mão. Se o objeto cai esquiva-o. Altera os objetos ao olhar deslateralmente. Procura o objecto que caiu ao chão. 	<ul style="list-style-type: none"> Tem preensão palmar. Leva os objetos à boca. Aponta com o indicador. Faz pinça. Altera os objetos ao olhar deslateralmente. Procura o objecto que caiu ao chão. 	<ul style="list-style-type: none"> Explora com energia os objectos e abra-os sistematicamente ao chão. Procura um objecto escondido. Interesse visual para perto e longe. Procura o objecto que caiu ao chão. 	<ul style="list-style-type: none"> Explora com energia os objectos e abra-os sistematicamente ao chão. Procura um objecto escondido. Interesse visual para perto e longe. Procura o objecto que caiu ao chão.

(DGS,2013)

Escala de avaliação do desenvolvimento Infantil de Mary Sheridan modificada



6

	4 - 6 Semanas	3 Meses	6 Meses	9 Meses	12 Meses
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sirena, vira o vir e 15cm do ouvido. 	<ul style="list-style-type: none"> Atende e volta-se geralmente aos sons. 	<ul style="list-style-type: none"> Segue os sons a 45cm do ouvido. Vocaliza monossílabos dissilábicos. Dá gargalhadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Atenção rápida para os sons perto e longe. Localização de sons suaves a 90cm abaixo ou acima do nível do ouvido. Repete várias sílabas ou sons do adulto. 	<ul style="list-style-type: none"> Resposta rápida aos sons suaves mas habilitando-se depressa. Dá pelo nome e volta-se. Jargão (vocaliza incoerentemente - sem tom de conversa, embora completamente imprecisas). Compreende ordens simples "lá, cá e ali".
Comportamento e Adaptação Social	<ul style="list-style-type: none"> Fina e face de mão quando se alimenta. Sorriso presente às 6 semanas. Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer. 	<ul style="list-style-type: none"> Sorri. Bela resposta social à aproximação de uma face familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> Muito ativo, atento e curioso. 	<ul style="list-style-type: none"> Leva uma bolacha à boca. Mastiga. Distingue os familiares dos estranhos. 	<ul style="list-style-type: none"> Bebe pelo copo com ajuda. Segura a colher mas não usa. Colabora no vestir levantando os braços. Muito dependente do adulto. Demonstra afeto.

(DGS,2013)

Materiais de apoio



7



Imagens Google Imagens

Sinais de alarme (1 mês – 12 meses)



8

1 mês	3 M	6 M	9 M	12 M
<ul style="list-style-type: none"> Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentadela. Apresente hipertonidade na posição de pé. Nunca segura e faz humana. Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana). Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos. 	<ul style="list-style-type: none"> Não fixa, nem segue objectos. Não sorri. Não há qualquer controlo da cabeça. Tem as mãos sempre fechadas. Tem os membros rígidos em repouso. Apresente sobresalto ao menor ruído. Chora e grita quando se toca. Pulsação de movimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> Ausência de controlo da cabeça. Tem membros inferiores rígidos e faz paragem direta à posição de pé quando se tenta sentar. Não olha nem paga em qualquer objecto. Apresente assimetrias. Não reage aos sons. Não vocaliza. Tem desinteresse pelo ambiente. Apresente irritabilidade. Tem estrabismo manifesto e constante. 	<ul style="list-style-type: none"> Não se senta. Permanece sentadela e não consegue procurar mudar de posição. Apresente assimetrias. Não tem preensão palmar: não leva objectos à boca. Não reage aos sons. Vocaliza incoerentemente (aparentes), sem relação com familiares. Enganga-se com facilidade. Tem estrabismo. 	<ul style="list-style-type: none"> Não aguenta o peso nas pernas. Permanece imóvel, não procura mudar de posição. Apresente assimetrias. Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão. Não responde à voz. Não temia nem estabelece contacto. Não mastiga.

(DGS,2013)

Escola de avaliação do desenvolvimento Infantil de Mary Sheridan modificada



Postura e Motricidade Global

Visão e Motricidade Fina

Audição e Linguagem

Comportamento e Adaptação Social

Escola de avaliação do desenvolvimento Infantil de Mary Sheridan modificada



	18 Meses	2 Anos	3 Anos	4 Anos	5 Anos
Postura Motricidade Global	<input type="checkbox"/> Anda bem. <input type="checkbox"/> Apoiar brinquedos do chão.	<input type="checkbox"/> Corre. <input type="checkbox"/> Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau.	<input type="checkbox"/> Equilíbrio momentâneo num pé. <input type="checkbox"/> Sobe escadas alternadamente. <input type="checkbox"/> Desce com os dois pés no mesmo degrau.	<input type="checkbox"/> Fica num pé sem apoio 3 – 5 seg. <input type="checkbox"/> Sobe e desce as escadas alternadamente num pé. <input type="checkbox"/> Sobe num pé.	<input type="checkbox"/> Fica num pé 3 – 5 seg. com os braços abertos sobre o tórax. <input type="checkbox"/> Sobe alternadamente num pé.
Visão motricidade fina	<input type="checkbox"/> Controla torre de 3 cubos. <input type="checkbox"/> Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão. <input type="checkbox"/> Olha um livro de bonecos e vira várias páginas de cada vez.	<input type="checkbox"/> Controla torre de 6 cubos. <input type="checkbox"/> Faz rabiscos circulares. <input type="checkbox"/> Gosta de ver torres. <input type="checkbox"/> Vira uma página de cada vez.	<input type="checkbox"/> Controla torre de 9 cubos. <input type="checkbox"/> Imita (SA) e copia (SA) 1/2 a partir de 3 cubos – copia o círculo – imita a cruz. <input type="checkbox"/> Combina duas cores geralmente o vermelho e o amarelo (confunde o azul e verde).	<input type="checkbox"/> Controla escada de 6 cubos. <input type="checkbox"/> Copia a cruz. <input type="checkbox"/> Combina e nomeia 4 cores básicas.	<input type="checkbox"/> Controla 4 degraus com 10 cubos. <input type="checkbox"/> Copia o quadrado e o triângulo (SA). <input type="checkbox"/> Conta 5 dedos de uma mão e nomeia 4 cores.
Audição linguagem	<input type="checkbox"/> Usa 8 a 20 palavras reconhecíveis. <input type="checkbox"/> Compreende muitas mais. <input type="checkbox"/> Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos.	<input type="checkbox"/> Diz o primeiro nome e o sobrenome enquanto brinca. <input type="checkbox"/> Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas. <input type="checkbox"/> Linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares.	<input type="checkbox"/> Diz o nome completo e o sobrenome. <input type="checkbox"/> Vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos. <input type="checkbox"/> Defeitos de articulação e imaturidade na linguagem.	<input type="checkbox"/> Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada. <input type="checkbox"/> Linguagem compreensível.	<input type="checkbox"/> Sabe o nome completo, a idade, a data de nascimento e o vocabulário fluente e articulação geralmente correta – pode haver confusão alguns sons.

(DGS,2013)

Escola de avaliação do desenvolvimento Infantil de Mary Sheridan modificada



	18 Meses	2 Anos	3 Anos	4 Anos	5 Anos
Comportamento e Adaptação Social	<input type="checkbox"/> Sente por um copo sem entender muito, levantando-o com ambas as mãos. <input type="checkbox"/> Segura a colher e leva alimentos à boca. <input type="checkbox"/> Não gosta que lhe peguem. <input type="checkbox"/> Dá muita atenção, indica necessidade de ir ao wc. <input type="checkbox"/> Começa a copiar atividades domésticas.	<input type="checkbox"/> Coloca o chapéu e os sapatos. <input type="checkbox"/> Usa bem a colher. <input type="checkbox"/> Faz por um copo e coloca-o no lugar sem entender.	<input type="checkbox"/> Pode despir-se, mas só se lhe desabotoarem o vestuário. <input type="checkbox"/> Vira sozinho ao wc. <input type="checkbox"/> Come com colher e garfo.	<input type="checkbox"/> Pode vestir-se e despir-se só com exceção de abotoar e dar laço. <input type="checkbox"/> Gosta de brincar com crianças da sua idade. <input type="checkbox"/> Sabe esperar pela sua vez.	<input type="checkbox"/> Veste-se só. <input type="checkbox"/> Lava as mãos e a cara e limpa-se só. <input type="checkbox"/> Escute os amigos. <input type="checkbox"/> Compreende as regras do jogo.

(DGS,2012)

Materiais de apoio



18 meses 2 anos 3 anos 4 anos 5 anos

Lápis

Cubos

Escova do cabelo

Garfo

Livro

Boneca

Copo

Cartões com cores

Sinais de alarme (18 meses – 5 anos)



13

18 M	2 A	4-5 A
<ul style="list-style-type: none"> Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas. Anda sempre na ponta dos pés. Apresenta assimetrias. Não faz pringa – não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador. Não responde quando (s) o chamam. Não vocaliza espontaneamente. Não se interessa pelo que (s) o rodeia; não estabelece contacto. Deixa os objetos fora, leva-os sistematicamente à boca. Tem estrabismo. 	<ul style="list-style-type: none"> Não anda sozinho(s). Deixa os objetos fora. Não controla nada. Não parece compreender o que se lhe diz. Não pronuncia palavras inteligíveis. Não se interessa pelo que está em seu redor. Não estabelece contacto. Não procura imitar. Tem estrabismo. 	<ul style="list-style-type: none"> É hiperactivo(s), distraído(s) e tem dificuldade de concentração. Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gagueio. Tem estrabismo ou suspeita de défice visual. Apresenta perturbação do comportamento.

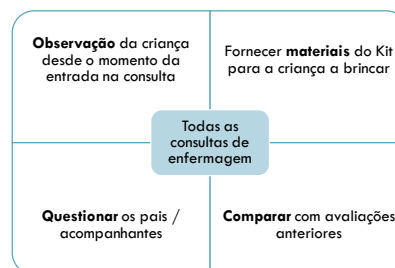
(DGS, 2013)

Utilização da escala nas consultas de enfermagem



14

Como utilizar ?



Utilização da escala nas consultas de enfermagem



15

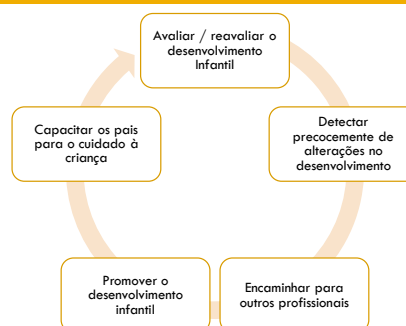


Avaliação não registada, é uma avaliação não realizada !

Considerações Finais



16



Referências Bibliográficas



17

- Direção Geral de Saúde. (2013b). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013.. Lisboa. Disponível em: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>

Apêndice XXII - Carta explicativa relacionada com a integração da escala Mary
Sheridan Modificada no sistema de registos de enfermagem da consulta
externa de pediatria

Departamento de Pediatria
Serviço de Consulta Externa de Pediatria

**Proposta de informatização da escala de avaliação do
desenvolvimento infantil *Mary Sheridan* modificada**

Lisboa, 2020

O serviço de Consulta Externa de Pediatria é composto por diversas valências, sendo que a equipa de Enfermagem tem um papel dinâmico e interventivo, com a realização de consultas de enfermagem em diversas áreas de especialidade.

O cliente de cuidados engloba diferentes faixas etárias, desde o recém-nascido ao adolescente, sendo que por vezes o acompanhamento pode ser alargado a jovens adultos no caso de crianças com necessidades especiais.

A criança é um ser em constante crescimento e desenvolvimento, existindo uma aquisição de competências, que se realiza em diversas áreas como: a motora, cognitiva, emocional e social (DGS, 2013).

Os enfermeiros têm um papel decisivo ao nível promoção do desenvolvimento infantil nas diferentes áreas, sendo que é da sua competência avaliar o estado de saúde da criança, o seu crescimento e desenvolvimento (OE, 2010).

A avaliação sistemática do crescimento e desenvolvimento da criança, permite aos Enfermeiros, detetar precocemente alterações, e intervir de forma a promover o desenvolvimento e/ou minimizar as consequências dessas alterações ao nível da qualidade de vida da criança. Assim, um momento de excelência para a realização da avaliação do desenvolvimento é na consulta de enfermagem.

De acordo com a Portaria nº 306 – A/2011, de 20 de Dezembro, do Ministério da Saúde e das Finanças, artigo 2º, alínea g), A “Consulta de Enfermagem é uma intervenção visando a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado”

Atualmente a avaliação do desenvolvimento infantil é realizada com recurso à escala de avaliação do desenvolvimento de *Mery Sheridan* modificada, de acordo com as orientações fornecidas pela Direção Geral de Saúde no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013.

Contudo, a informatização dos sistemas de registos criaram novas oportunidades e novos desafios, sendo uma necessidade da equipa, a

integração no sistema de registos, da escala de avaliação do desenvolvimento de *Mery Sheridan* modificada. Esta informatização dos registos vai de encontro aos objetivos do Departamento de Pediatria, e permitirá tornar acessível aos profissionais da equipa multidisciplinar informação relevante sobre a avaliação do desenvolvimento da criança.

A escala de avaliação de desenvolvimento faz parte da colheita de dados de enfermagem, nomeadamente no item - Criança e Adolescente. A proposta seria de criar um item de Avaliação do Desenvolvimento, integrando a escala nos registos informáticos.

A tabela 1, demonstra uma proposta de organização da escala de avaliação do desenvolvimento de *Mary Sheridan* modificada, por faixa etária e por áreas de competências. O enfermeiro iria selecionar as competências que já estão adquiridas e teria um espaço para observações onde poderia registar em texto livre sinais de alarme ou preocupações manifestadas pelos pais.

Relativamente aos diagnósticos de enfermagem, seria pertinente também a criação do diagnóstico: Desenvolvimento Infantil, Comprometido. Definindo intervenções autónomas de enfermagem para a promoção do desenvolvimento infantil.

Tabela 1 – Escala de avaliação do Desenvolvimento Infantil *Mary Sheridan* Modificada

Idade cronológica	Postura e Motricidade Global	Visão e Motricidade Fina	Audição e linguagem	Comportamento e Adaptação Social
4-6 Semanas	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Em decúbito ventral levanta a cabeça. <input type="checkbox"/> Em decúbito dorsal a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão. <input type="checkbox"/> Em tração pelas mãos a cabeça cai. <input type="checkbox"/> Quando sentado(a) dorso em arco e mãos fechadas. <input type="checkbox"/> Em suspensão vertical a cabeça fica ereta e os membros semi-fletidos. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Segue uma bola pendente a 20-25cm em ¼ de círculo (do lado até à linha média). 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15cm do ouvido. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fixa a face da mãe quando o alimenta. <input type="checkbox"/> Tem sorriso presente às 6 semanas. <input type="checkbox"/> Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.
3 Meses	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Em decúbito ventral faz apoio nos antebraços. <input type="checkbox"/> Em decúbito dorsal tem uma postura simétrica, membros com movimentos ritmados. <input type="checkbox"/> Em tração pelas mãos a cabeça fica ereta e coluna dorsal direita. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mantém mãos abertas, junta-as na linha média e brinca com elas. <input type="checkbox"/> Segura brevemente a roca e move-a em direção à face. <input type="checkbox"/> Segue uma bola 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Atende e volta-se geralmente aos sons 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sorri. <input type="checkbox"/> Tem boa resposta social à aproximação de uma face familiar

	<input type="checkbox"/> De pé flete os joelhos, não faz apoio.	<p>pendente $\frac{1}{2}$ círculo e horizontal.</p> <input type="checkbox"/> Apresenta convergência ocular.		
6 Meses	<input type="checkbox"/> Em decúbito ventral apoia-se nas mãos. <input type="checkbox"/> Em decúbito dorsal levanta a cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos. <input type="checkbox"/> Em tração pelas mãos faz força para se sentar. <input type="checkbox"/> Mantém-se sentado(a) sem apoio. <input type="checkbox"/> De pé faz apoio.	<input type="checkbox"/> Tem preensão palmar. <input type="checkbox"/> Leva os objetos à boca. <input type="checkbox"/> Transfere objetos. <input type="checkbox"/> Esquece imediatamente o objeto quando este cai. <input type="checkbox"/> Apresenta boa convergência (estrabismo anormal).	<input type="checkbox"/> Segue os sons a 45cm do ouvido. <input type="checkbox"/> Vocaliza sons monossílabos e dissílabos. <input type="checkbox"/> Dá gargalhadas.	<input type="checkbox"/> É muito ativo (a), atento(a) e curioso(a).

<p>9 Meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Senta-se sozinho (a)e fica sentado (a)10 a 15minutos. <input type="checkbox"/> Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tem preensão e manipulação. <input type="checkbox"/> Leva tudo à boca. <input type="checkbox"/> Aponta com o indicador. <input type="checkbox"/> Faz pinça. <input type="checkbox"/> Atira os objetos ao chão deliberadamente. <input type="checkbox"/> Procura o objeto que caiu ao chão. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tem atenção rápida para os sons perto e longe. <input type="checkbox"/> Localiza sons suaves a 90cm abaixo ou acima do nível do ouvido. <input type="checkbox"/> Repete várias sílabas ou sons do adulto. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Leva uma bolacha à boca. <input type="checkbox"/> Mastiga. <input type="checkbox"/> Distingue os familiares dos estranhos.
<p>12 Meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Passa de decúbito dorsal a sentado(a). <input type="checkbox"/> Tem equilíbrio sentado(a). <input type="checkbox"/> Gatinha. <input type="checkbox"/> Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou duas mãos. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Explora com energia os objetos e atira-os sistematicamente ao chão. <input type="checkbox"/> Procura um objeto escondido. <input type="checkbox"/> Tem interesse visual para perto e longe. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tem resposta rápida aos sons suaves, mas habitua-se depressa. <input type="checkbox"/> Dá pelo nome e volta-se. <input type="checkbox"/> Jargão (vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora completamente impercetível). <input type="checkbox"/> Compreende ordens simples “dá, cá e adeus”. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bebe pelo copo com ajuda. <input type="checkbox"/> Segura a colher mas não a usa. <input type="checkbox"/> Colabora no vestir levantando os braços. <input type="checkbox"/> É muito dependente do adulto. <input type="checkbox"/> Demonstra afeto.

<p>18 Meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anda bem. <input type="checkbox"/> Apanha brinquedos do chão 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Constrói torre de 3 cubos. <input type="checkbox"/> Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão. <input type="checkbox"/> Olha um livro de bonecos e vira várias páginas de cada vez. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais. <input type="checkbox"/> Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos. <input type="checkbox"/> Segura a colher e leva alimentos à boca. <input type="checkbox"/> Não gosta que lhe peguem. <input type="checkbox"/> Exige muita atenção. <input type="checkbox"/> Indica necessidade de ir à casa de banho. <input type="checkbox"/> Começa a copiar atividades domésticas
<p>2 Anos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Corre. <input type="checkbox"/> Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Constrói torre de 6 cubos. <input type="checkbox"/> Imita rabisco circular. <input type="checkbox"/> Gosta de ver livros. <input type="checkbox"/> Vira uma página de cada vez. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diz o primeiro nome. <input type="checkbox"/> Fala sozinho (a) enquanto brinca. <input type="checkbox"/> Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas. <input type="checkbox"/> Apresenta linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares. <input type="checkbox"/> Nomeia objetos. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Coloca o chapéu e os sapatos. <input type="checkbox"/> Usa bem a colher. <input type="checkbox"/> Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar.

3 Anos	<input type="checkbox"/> Tem equilíbrio momentâneo num pé. <input type="checkbox"/> Sobe e desce as escadas alternadamente. <input type="checkbox"/> Desce com os dois pés no mesmo degrau	<input type="checkbox"/> Constrói torre de 9 cubos. <input type="checkbox"/> Imita (3A) e copia (3A e meio) a ponte de 3 cubos, copia o círculo e imita a cruz. <input type="checkbox"/> Combina duas cores geralmente o vermelho e o amarelo. (confunde o azul e verde).	<input type="checkbox"/> Diz o nome completo e o sexo. <input type="checkbox"/> Tem vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos. <input type="checkbox"/> Tem defeitos de articulação e imaturidade na linguagem	<input type="checkbox"/> Pode despir-se, mas só se lhe desabotoarem o vestuário. <input type="checkbox"/> Vai sozinho(a) à casa de banho. <input type="checkbox"/> Come com colher e garfo
4 Anos	<input type="checkbox"/> Fica num pé sem apoio 3 a 5 segundos. <input type="checkbox"/> Sobe e desce as escadas alternadamente. <input type="checkbox"/> Salta num pé.	<input type="checkbox"/> Constrói escada de 6 cubos. <input type="checkbox"/> Copia a cruz. <input type="checkbox"/> Combina e nomeia quatro cores básicas.	<input type="checkbox"/> Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada. <input type="checkbox"/> Apresenta linguagem compreensível. <input type="checkbox"/> Tem apenas algumas substituições infantis	<input type="checkbox"/> Pode vestir-se e despir-se só com exceção de abotoar atrás e dar laços. <input type="checkbox"/> Gosta de brincar com crianças da sua idade. <input type="checkbox"/> Sabe esperar pela sua vez.
5 Anos	<input type="checkbox"/> Fica num pé 3 a 5 segundos, com os braços dobrados sobre o tórax. <input type="checkbox"/> Salta alternadamente num pé.	<input type="checkbox"/> Constrói 4 degraus com 10 cubos. <input type="checkbox"/> Copia o quadrado e o triângulo. <input type="checkbox"/> Conta cinco dedos de uma mão e nomeia quatro cores.	<input type="checkbox"/> Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento. <input type="checkbox"/> Tem vocabulário fluente e articulação geralmente correta pode haver confusão em alguns sons.	<input type="checkbox"/> Veste-se sozinho(a). <input type="checkbox"/> Lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho(a). <input type="checkbox"/> Escolhe o(a)s amigo(a)s. <input type="checkbox"/> Compreende as regras do jogo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção Geral de Saúde. (2013). Norma 10/2013 de 31 maio (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa. Disponível em: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (Série I) Volume 3: Número 1. Lisboa: Cadernos OE. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf

Portaria Nº 306-A/2011. Ministérios das Finanças e da Saúde. Diário da República n.º 242/2011, 1º Suplemento, Série I de 2011-12-20. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/306-a/2011/12/20/p/dre/pt/html>

Apêndice XXIII - Reflexão sobre situação de cuidados - UMAD



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

**UNIDADE CURRICULAR
ESTÁGIO**

**Reflexão crítica
Situação de cuidados – UMAD Paliativos**

**Discente:
Ana Rita Esteves Figueiredo nº 5268**

LISBOA

A Organização Mundial da Saúde (s.d), define que os cuidados paliativos pediátricos são direcionados a crianças com doenças ameaçadoras da vida, podendo aplicar-se a doenças oncológicas ou crônicas. Estes são cuidados que envolvem a totalidade do corpo, mente e espírito da criança, em parceria com a família. Devem ser iniciados no momento do diagnóstico, prolongando-se até ao final de vida.

A preparação para um momento como a morte de um filho é contraditório ao que seria expectável, tendo por base o ciclo de vida, sendo um momento emocionalmente intenso e singular. Os cuidados paliativos em pediatria são sobretudo sobre apoiar a família e a criança, por forma a conseguirem viver com toda a dignidade um momento complexo como o fim de vida (Heleno, 2013). Os cuidados paliativos não são cuidados menores, não se restringem aos últimos dias de vida e não encarecem os gastos dos sistemas de saúde, ajudam sim a diminuí-los pela utilização eficaz dos recursos (Heleno, 2013).

Ao nível dos profissionais de saúde continua a existir a ideia da cura como único foco de atenção, sendo muitas vezes iniciados tratamentos sucessivos, a morte de uma criança é encarada como uma falha o que dificulta a implementação e início dos cuidados paliativos (Heleno, 2013).

Os cuidados paliativos pediátricos reconhecem três fases distintas durante a sua prestação: diagnóstico ou reconhecimento, vivência e fim de vida, onde são respeitados objetivos e necessidades da criança e família (Cuidando Juntos, 2014).

No que diz respeito à enfermagem, o código deontológico do enfermeiro no seu artigo 87º evidencia os deveres relativos ao respeito pelo doente terminal, sugerindo que ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase tem o dever de: a) Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja o acompanhem na fase terminal da vida; b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas; Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.

Em Novembro de 2014, foi emanada a carta dos direitos da criança em fim de vida ou Carta de Trieste, pela Fondazione Maruzza LeFebvre D'Ovidio Onlus (2014) onde em 10 pontos são definidos os direitos da criança em fim de vida.

Cuidar de uma criança em fim de vida promove a adaptação dos pais à morte, diminuindo o *stress* e o burnout dos profissionais (Hinds, Schum, Baker & Wolfe, 2005). A escolha do local da prestação dos cuidados paliativos e/ou morte vai ser influenciada pela cultura, religião e nível educacional da sociedade e da família, assim como da economia familiar, disponibilidade de cuidados e distância aos serviços (Hexem & Feudtner, 2012). Desta forma não existe a escolha correta, mas sim a escolha adequada a cada situação, devendo esta ser respeitada.

A equipa de cuidados paliativos pediátricos intra hospitalar foi constituída no ano de 2017, e funciona através de contatos presenciais, na consulta conjunta de médica e enfermeira, que se realiza uma vez por semana, e através de contatos telefónicos disponíveis durante as 24 horas. A equipa é composta por elementos de cuidados paliativos neonatais da qual fazem parte uma médica e enfermeira, e uma equipa de cuidados paliativos pediátricos, também composta por uma médica e enfermeira. Juntamente com estas equipas trabalham outros profissionais da equipa multidisciplinar como: médicos de várias especialidades, assistente social, psicóloga, nutricionista, guia espiritual, pedopsiquiatra, farmacêutico, elos de ligação dos serviços de internamento e urgência, fisioterapeuta, e ginecologistas e obstetras que apoiam no período pré natal.

Esta equipa presta cuidados paliativos sendo que o gestor de caso é sempre o médico responsável pela especialidade médica, sendo desenvolvido um trabalho conjunto de acordo com a evolução da doença e degradação do estado de saúde. As crianças são referenciadas para acompanhamento por esta equipa, e é realizada uma avaliação do caso clínico, na qual é definido o nível de cuidados que a criança necessita. Atualmente esta equipa acompanha 47 crianças e famílias.

Esta equipa intervém em diversas áreas, elaborando planos antecipados de cuidados, definição/ otimização de medidas farmacológicas e não farmacológicas, sedação em fim de vida, investigação, formação interna e externa e consultoria.

A enfermeira da equipa de cuidados paliativos pediátricos realiza a articulação com os cuidados na comunidade bem como com a rede nacional de cuidados continuados sempre que necessário. Esta é uma competência prevista no regulamento do EEESIP (E1.1.7.) na qual este deve estabelecer e/ou manter redes de recursos comunitários de suporte à criança/ jovem e família com necessidades de

cuidados. O EEESIP deve também (E2.5.4.) adequar o suporte familiar e comunitário, e neste âmbito é de destacar a intervenção da equipa de cuidados paliativos pediátricos na unidade móvel de apoio domiciliário (UMAD). Este apoio permite acompanhar no domicílio as crianças e famílias juntamente com os outros recursos da comunidade existentes. Este acompanhamento por diversas equipas permite que as crianças mesmo quando em situação de grande instabilidade possam permanecer no seu domicílio tendo acesso a cuidados especializados, evitando o internamento.

Durante o percurso de estágio no contexto da consulta externa de pediatria foi possível acompanhar a equipa de cuidados paliativos pediátricos colaborando na sua intervenção no âmbito da UMAD Paliativos.

A visita foi realizada no infantário onde se encontra durante o dia uma criança que vou denominar como J. com 11 meses de vida. Esta criança possui alterações morfológicas graves, sendo invisual, apresenta também uma displasia pulmonar grave, não tem um diagnóstico médico, estando a sua patologia em estudo, contudo não possui um prognóstico favorável.

Na chegada ao infantário a educadora já aguardava a equipa, tendo esta sido recebida na sala de brincar onde o J. se encontrava a dormir. A educadora mostrou-se muito satisfeita pela presença da equipa de enfermagem, referindo que as visitas realizadas permitiram ter o J. no infantário pois através dos ensinamentos realizados e do apoio presencial as educadoras sentiam-se capacitadas para cuidar do J. durante o dia. O facto de a equipa trabalhar em parceria com as escolas permite que estes espaços criem condições adequadas para a integração das crianças no meio escolar e permite também aos membros da família manterem a sua atividade laboral. Esta intervenção está relacionada com a unidade de competência do EEESIP **E1.1.** implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. Nomeadamente no critério de avaliação **E1.1.4.** proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. A capacitação dos cuidadores é fundamental, sendo que no caso em análise, foi determinante a intervenção no

infantário, de modo a transmitir conhecimentos e capacitar as educadoras para intervir ao nível da alimentação, com a adição do espessante aos líquidos, com a importância da avaliação do cansaço durante a alimentação e manobras de desengasgamento, por exemplo. A disponibilidade do infantário e das educadoras para aprender, e a articulação da equipa com a família permitiu que fossem criadas condições seguras para que o J. possa estar integrado no infantário, esta intervenção enquadra-se no critério de avaliação, **E1.1.9.** apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais. Foi também realizada a articulação com a equipa de cuidados na comunidade, estando também esta intervenção contemplada no critério de avaliação, **E1.1.7.** estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/ jovem e família com necessidades de cuidados.

Esta foi uma visita de acompanhamento na qual o principal objetivo era apoiar as educadoras no processo de cuidados ao J, compreender se surgiram dúvidas e compreender como está a ser realizada a gestão emocional da educadora no cuidar do J. A educadora referiu que está muito próxima do J, e que as dúvidas vão surgindo diariamente mas que a mãe está sempre contactável e tem sido fácil articular os cuidados com ela. Contudo a educadora sente que a mãe ainda não se vinculou ao J, estando em negação relativamente ao seu estado de saúde e prognóstico.

Perante esta informação a enfermeira tomou nota de que seria importante agendar uma visita no domicílio de modo a poder trabalhar com a mãe do J. o processo de adaptação à doença. Esta intervenção complexa está descrita na unidade de competência do EEESIP **E2.5.** promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade. É importante que a mãe possa vincular-se ao seu filho, sendo que este processo passa pela aceitação da sua condição de saúde e valorização do seu potencial na relação uma vez que o J. responde aos estímulos auditivos reconhecendo com grande evidência as vozes dos pais. Os pais devem ser incentivados a tocar no seu filho e brincar com ele sendo que esta intervenção está relacionada com o critério de avaliação **E2.5.3.** promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada. Contudo importa também trabalhar com os pais o potencial da criança na

interação com eles e na relação pais / filho, mantendo uma esperança realista sobre o processo de evolução natural da doença e decisões sobre o final de vida. Esta intervenção relaciona-se com o critério de avaliação **E2.5.5.** demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança.

A visita realizada teve a duração de cerca de 30 minutos e embora tenha sido breve foi uma experiência muito enriquecedora. Os cuidados devem ser adequados às necessidades da criança e dos seus cuidadores, e através desta articulação de proximidade é possível promover a integração da criança no meio escolar. Esta integração é benéfica para a criança e família e demonstra que os cuidados paliativos pediátricos não são cuidados restritos aos momentos finais de vida, mas sim a partir do momento em que não existe um prognóstico favorável e onde é necessário trabalhar no sentido de acompanhar a criança e família na evolução da doença e na deterioração progressiva do estado de saúde, ajustando tratamentos, metas e expectativas.

Atualmente o J. possui condições para frequentar o infantário e enquanto for possível a equipa continuará a realizar visitas de acompanhamento neste local. Contudo quando o seu estado de saúde não o permitir a equipa irá realizar as visitas no domicílio, garantindo que são prestados os cuidados adequados ao J, promovendo o seu conforto e trabalhando com a família a preparação para o momento da morte e o processo de luto.

Os avanços tecnológicos permitem manter a vida em condições que anteriormente não seria possível. Prolongar a vida representa um sucesso da medicina moderna e deve representar também o sucesso de uma medicina humanizada que acompanha as crianças e famílias, tendo equipas com EEESIP que implementam intervenções especializadas desde o momento do diagnóstico até ao momento do fim de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fondazione Maruzza LeFebvre D'Ovidio Onlus (2014) Carta dos direitos da Criança em Fim de Vida – A Carta de Trieste disponível em https://www.apcp.com.pt/uploads/CARTA_TRIESTE_POR_27_LUG_2016_03.pdf
- Heleno, S. (2013) Cuidados Paliativos em Pediatria *Revista Evidências* Abril pp.41 – 49
- Hexem KR & Feudtner C. (2012) A public health framework for pediatric palliative and hospice care. In: Cohen J, Deliens L, eds. A public health perspective on end of life care. 1ª ed. New York: Oxford University Press; pp.168–172.
- Hinds PS, Schum L, Baker JN & Wolfe J. (2005) Key factors affecting dying children and their families. *J Palliat Med*;8(suppl 1):S–70.
- Organização Mundial de Saúde (s.d) Definition of palliative care. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 – 19194.

ANEXOS

Anexo I – Certificado de participação no 6º Workshop Emoções em Saúde –
Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: da concepção à prática

6º WORKSHOP

Área de Investigação “*Emoções em Saúde*”



Certifica-se que

Ana Rita Esteves Figueiredo

participou no **6º Workshop da Área de Investigação “Emoções em Saúde”**, subordinado ao tema **“TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: DA CONCEÇÃO À PRÁTICA”**, que teve lugar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Polo Artur Ravara, no dia 24 de Outubro de 2019, perfazendo um total de 8h.



Professora Doutora Paula Diogo
Coordenadora da Área de Investigação “Emoções em Saúde”

Anexo II – Certificado de participação no seminário do 13º curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediatria: As novas concepção em saúde infantil e pediátrica

As Novas Conceções em Saúde Infantil e Pediátrica

13º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA DA ESCOLA
SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA - LISBOA

6-7 NOV 2019 / Auditório da Escola Superior
de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa

Certifica-se que

Ana Rita Figueiredo

Participou como formanda no Seminário do 13º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, subordinado ao tema "As Novas Conceções em Saúde Infantil e Pediátrica", nos dias 6 e 7 de Novembro, realizado na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha — Lisboa, com duração total de 13 horas.

Lisboa, 6 e 7 de Novembro de 2019

A Comissão Científica



Anexo III – Certificado de participação nas 2.^{as} Jornadas Emoções em Saúde com a obtenção do 1º prémio do concurso de posters, certificado de frequência do Workshop Gestão das emoções na prática de enfermagem

2^{as}

JORNADAS “EMOÇÕES EM SAÚDE”

ui&de/ESEL

LISBOA | 4-5 MARÇO 2020



Emoções, Afeto e Promoção da Saúde...

Certifica-se que

Ana Rita Figueiredo

Apresentou, sob a forma de comunicação oral, o poster “Aplicabilidade do Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica no contexto de Consulta Externa de Pediatria” nas **2.ªs Jornadas ‘Emoções em Saúde’ da ui&de/ESEL**, subordinado ao tema “*Emoções, Afeto e Promoção da Saúde*”. Mais se releva que obteve o **1.º PRÉMIO** do concurso de posters.

Professora Doutora Paula Diogo
Coordenadora da Área de Investigação “Emoções em Saúde”

APOIO

FCT

Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia

**ordem dos
enfermeiros**

Pensar
Enfermagem

ESEL

ORGANIZAÇÃO

ESEL
Entidade Reguladora
de Enfermagem
de Lisboa

ui&de

PATROCÍNIO

L
LUSODIDACTA
Editora de Qualidade

2^{as}

JORNADAS “EMOÇÕES EM SAÚDE”

ui&de/ESEL

LISBOA | 4-5 MARÇO 2020

Emoções, Afeto e Promoção da Saúde...



Certifica-se que

Ana Rita Esteves Figueiredo

participou nas **2.^{as} Jornadas ‘Emoções em Saúde’** da ui&de/ESEL, subordinado ao tema “*Emoções, Afeto e Promoção da Saúde*”, tendo frequentado o Workshop **Gestão das emoções na pratica de enfermagem**.

O evento, acreditado e creditado pela Ordem dos Enfermeiros, teve lugar na ESEL - Polo Artur Ravara, nos dias 04 e 05 de março de 2020, com uma duração total de **16h30** horas, correspondentes a **0,7 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP)**.

Professora Doutora Paula Diogo
Coordenadora da Área de Investigação “Emoções em Saúde”

APOIO



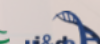
Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia



Pensar
Enfermagem



ORGANIZAÇÃO



PATROCÍNIO



2^{as}

JORNADAS “EMOÇÕES EM SAÚDE”

ui&de/ESEL

LISBOA | 4-5 MARÇO 2020

Emoções, Afeto e Promoção da Saúde...

Certifica-se que

Ana Rita Esteves Figueiredo



participou nas **2.^{as} Jornadas ‘Emoções em Saúde’ da ui&de/ESEL**, subordinado ao tema “*Emoções, Afeto e Promoção da Saúde*”.

O evento, acreditado e creditado pela Ordem dos Enfermeiros, teve lugar na ESEL - Polo Artur Ravara, nos dias 04 e 05 de março de 2020, com uma duração total de 16h30 horas, correspondentes a **0,7 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP)**.

Professora Doutora Paula Diogo
Coordenadora da Área de Investigação “Emoções em Saúde”

APOIO



ORGANIZAÇÃO



PATROCÍNIO

